

## AMBITO TERRITORIALE SOCIALE LECCE



LECCE  
(capofila)



ARNESANO



CAVALLINO



LEQUILE



LIZZANELLO



MONTERONI  
DI LECCE



SAN CESARIO  
DI LECCE



SAN DONATO  
DI LECCE



SAN PIETRO  
IN LAMA



SURBO

# Servizio “Cure Domiciliari” in favore di anziani non autosufficienti e diversamente abili

\*\*\*\*\*

## Regolamento di funzionamento

## INDICE

### 1° PARTE: PROGRAMMAZIONE DEL SERVIZIO

- Art. 1 - Premessa*
- Art. 2 - Riferimenti normativi e regolamentari*
- Art. 3 - Definizione del servizio*
- Art. 4 - Finalità e obiettivi*

### 2° PARTE: ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO

- Art. 5 - Destinatari*
- Art. 6 - Tipologie delle prestazioni*
- Art. 7 - Compartecipazione economica*

### 3° PARTE: GESTIONE OPERATIVA DEL SERVIZIO

- Art. 8 - Attori coinvolti nell'attuazione dell'intervento*
  - a) Adempimenti dei Comuni*
  - b) Adempimenti dell'Ambito Territoriale Sociale*
- Art. 9 - Modalità di accesso e di attuazione dell'intervento*
  - 1° fase: Modalità di accesso*
  - 2° fase: Predisposizione del Piano d'Intervento*
  - 3° fase: Modalità di attuazione dell'intervento*
  - 4° fase: Monitoraggio e valutazione*
- Art. 10 - Non attivazione, cessazione, sospensione o modifica del Servizio*
- Art. 11 - La documentazione*
- Art. 12 - Rispetto delle norme vigenti e abrogazioni*
- Art. 13 - Durata*
- Art. 14 - Privacy*
- Art. 15 - Norme transitorie*
- Art. 16 - Adozione, approvazione, entrata in vigore*

## **1° PARTE: PROGRAMMAZIONE DEL SERVIZIO**

### **Art. 1**

#### **Premessa**

Il presente Regolamento ha lo scopo di definire la natura e le modalità organizzative del Servizio "Cure Domiciliari" in favore di anziani non-autosufficienti e diversamente abili, gestito in forma associata dai Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale di Lecce, e ne disciplina l'accesso e l'erogazione.

In una logica di rete e potenziamento dei servizi sociali e sanitari, l'erogazione delle prestazioni domiciliari mira a garantire un programma organizzato di attività di prevenzione e recupero in favore di anziani non autosufficienti e diversamente abili.

Le politiche dell'intervento sono orientate alla qualità e al miglioramento continuo delle prestazioni erogate e, per tali ragioni, le stesse sono soggette a monitoraggio e verifica periodica sulla base di indicatori qualitativi e quantitativi capaci di misurare, tra gli altri l'efficienza organizzativa, l'efficacia operativa, l'equità, la trasparenza, la qualità.

### **Art. 2**

#### **Riferimenti normativi e regolamentari**

- Art. 117 Costituzione;
- L. 8 novembre 2000, n. 328: *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*;
- L. R. 10 luglio 2006, n. 19: *Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini di Puglia*;
- artt. 87 e 88 del R.R. 18 gennaio 2007, n. 4, modificato dal Reg. Reg. Puglia n. 11 del 7.4.2015 e dal Reg. Reg. Puglia n 3 del 26/03/2021;
- Piano Regionale Politiche Sociali 2022- 2024, approvato con D.G.R. 353 del 14.03.2022;
- Piano Sociale di Zona 2022-2024 dell'Ambito Territoriale Sociale di Lecce;
- Accordo di Programma (di cui agli artt. 10 della L.R. 10 luglio 2006, n.19 e ss.mm.ii. e 34 del D. Lgs. 18 agosto 2000, n. 267 e ss.mm.ii.) per la realizzazione del Sistema Integrato di Interventi, Servizi Sociali e sociosanitari dell'Ambito Territoriale – D.S.S. Lecce;
- Piano Nazionale per la non autosufficienza 2022-2024 (G.U. n. 294 del 17/12/2022);
- Piano Regionale per la non autosufficienza (G.R. n. 353/2022);
- Regolamento per l'accesso ai servizi e prestazioni di Ambito.

### **Art. 3**

#### **Definizione del servizio**

Il Servizio di Assistenza Domiciliare è costituito da un complesso di interventi e prestazioni di natura socio-assistenziale e socio-sanitaria, a supporto della famiglia, erogati al domicilio della persona che si trova in condizioni di temporanea o permanente necessità ai fini del soddisfacimento dei suoi bisogni essenziali.

Il Servizio di Assistenza Domiciliare opera nel rispetto del ruolo della famiglia, la sostiene e l'agevola nello svolgimento delle funzioni e dei compiti che le sono propri, promuovendo la responsabilizzazione di tutti i suoi membri, senza sostituirsi ad essa.

Il Servizio di Assistenza Domiciliare rientra nel sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui alla L.328/00 e s'ispira a principi di universalità, uguaglianza e imparzialità,

garantendo il rispetto della dignità e della libertà dell'individuo, nonché la realizzazione di un progetto assistenziale personalizzato condiviso con il destinatario e la sua famiglia.

#### **Art. 4**

##### **Finalità e obiettivi**

Le prestazioni domiciliari di cui agli artt. 87 ed 88 del Reg. Reg. Puglia n. 4 del 18/01/2007, "consistono in interventi da fornire ai cittadini al fine di favorire la permanenza nel loro ambiente di vita, evitando l'istituzionalizzazione e consentendo loro una soddisfacente vita di relazione attraverso un complesso di prestazioni socio-assistenziali e socio-sanitarie".

Il servizio domiciliare, di competenza sia del SSN che dell'Ente Locale, fondato sul modello di domiciliarizzazione delle cure e delle prestazioni, ha quale sua connotazione specifica la forte valenza integrativa delle prestazioni, in relazione alla natura e alla complessità dei bisogni a cui si rivolge.

Caratteristica essenziale del Servizio/Sostegno è l'unitarietà dell'intervento, che dovrà essere basato sul concorso progettuale e operativo di contributi professionali sociali e sanitari, organicamente inseriti nel Progetto Assistenziale Individualizzato.

I Servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e i Servizi di Assistenza Domiciliare Sociale (SAD) condividono con le diverse tipologie di prestazioni professionali, socio-assistenziali e sanitarie, le finalità e gli obiettivi generali sotto elencati:

- ✓ favorire la permanenza della persona non autosufficiente nel proprio ambiente di vita attraverso interventi a sostegno della famiglia e della persona con prestazioni socio-sanitarie integrate in regime domiciliare o nel più ampio contesto di vita quotidiana;
- ✓ tutelare la salute psico-fisica sia in senso preventivo che di mantenimento delle residue capacità funzionali e della vita di relazione;
- ✓ offrire la possibilità di continuare i trattamenti terapeutici a domicilio, controllandone le modalità di esecuzione e la reale efficacia;
- ✓ limitare l'allontanamento dall'ambiente familiare e sociale alle sole situazioni di grave dipendenza, per le quali la permanenza nel proprio ambiente costituirebbe fattore di eccessivo disagio e deterioramento, riducendo così il ricorso all'ospedalizzazione impropria ed evitando, per quanto possibile, il ricovero in strutture residenziali;
- ✓ favorire la responsabilizzazione dei familiari e della comunità attraverso varie forme di sensibilizzazione e coinvolgimento;
- ✓ supportare i "care-giver" e trasmettere loro competenze da tradurre in autonomia di intervento.

## **2° PARTE: ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO**

#### **Art. 5**

##### **Destinatari**

Possono accedere al servizio "Cure Domiciliari" i cittadini che versano nelle condizioni di bisogno indicate agli artt. 87 e 88 del Reg. Reg. Puglia n. 4/2007 e ss.mm.ii., che risultano residenti e domiciliati nei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale di Lecce, che vivono soli o in nuclei familiari che, per particolari oggettive condizioni di disagio fisico, non sono in grado di prestare loro assistenza.

1. Destinatari del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata sono persone in condizione di acuzie che, a seguito di valutazione da parte dell'UVM, necessitano di prestazioni ADI.

2. Destinatari del Servizio di Assistenza Domiciliare Sociale sono:

✓ **anziani:**

- ultra65 riconosciuti invalidi al 67=>99% (non autosufficienza Media)
- anziano non autosufficiente con basso bisogno assistenziale: ultra65 riconosciuti invalidi al 100% e/o con indennità di accompagnamento e/o ai sensi dell'art. 3 comma 3 L. 104/92 (non autosufficienza Grave)
- anziano non autosufficiente con alto bisogno assistenziale: ultra65 riconosciuti invalidi ai sensi dell'art. 3 DM 26 settembre 2016 (non autosufficienza Gravissima)

✓ **disabili:**

- disabili riconosciuti invalidi al 67=>99% (non autosufficienza Media)
- disabili riconosciuti invalidi al 100% e/o con indennità di accompagnamento e/o ai sensi dell'art. 3 comma 3 L. 104/92 (non autosufficienza Grave)
- disabili riconosciuti invalidi ai sensi dell'art. 3 DM 26 settembre 2016 (non autosufficienza Gravissima)

In casi eccezionali, per comprovate situazioni di bisogno, è possibile consentire l'attivazione del SAD, per un periodo massimo non superiore a mesi quattro, in favore di persone non già in possesso, al momento della presentazione della domanda, del requisito di disabilità/non autosufficienza a condizione che ne abbiano inoltrato istanza di riconoscimento. Il PAI si intende automaticamente concluso decorso il suddetto termine di mesi quattro, salvo che l'Assistente Sociale territorialmente competente non provveda, preventivamente alla scadenza, all'integrazione della pratica con l'invio del verbale di ché trattasi.

## Art. 6

### Tipologia delle prestazioni

Nel rispetto della normativa vigente, le principali prestazioni erogate, comuni ad entrambi i servizi, sono le seguenti:

Prestazioni igieniche (obbligatorie alla presa in carico): si tratta di prestazioni che non richiedono competenze e/o interventi professionali di tipo sanitario, ma di supporto alle persone nella cura e nel benessere fisico come aiutare ad alzare l'utente dal letto; curare, sollecitare e controllare l'igiene della persona (aiuto per il bagno, pulizia personale e vestizione); aiuto per una corretta deambulazione, nel movimento degli arti immobilizzati e nell'utilizzo di semplici ausili sanitari; accorgimenti per una giusta posizione degli arti invalidi in condizione di riposo; mobilitazione delle persone costrette a letto; assistenza per una corretta esecuzione delle prescrizioni farmacologiche prescritte dal medico; segnalazione al familiare e/o al medico curante di cambiamenti nelle condizioni fisiche; prevenzione delle piaghe da decubito mediante prestazioni che non richiedono specifici interventi sanitari.

Aiuto e coinvolgimento per il governo della casa: riordino del letto e della stanza; pulizia dei servizi e dei vani dell'abitazione utilizzati dall'utente, con attenzione all'aerazione e all'illuminazione dell'ambiente; cambio della biancheria (anche eventuale lavaggio solo se l'utente vive da solo); eventuale aiuto nella preparazione e nell'assunzione dei pasti.

Sostegno socio-relazionale: prestazioni mirate al recupero, alla salvaguardia della vita affettiva e di relazione dell'utente per prevenire e recuperare situazioni di solitudine sociale; favorire e/o recuperare lo sviluppo personale e i rapporti con i membri del nucleo familiare e del contesto socio-ambientale di riferimento.

Prestazioni di welfare leggero: compagnia, aiuto nel disbrigo di piccole pratiche e sostegno della mobilità personale assicurate anche attraverso la sottoscrizione, a cura del Gestore, di accordi di collaborazione con associazioni di volontariato e di promozione sociale.

Le prestazioni a domicilio saranno garantite dal lunedì al sabato tra le 7,00 e le 20,00, fatti salvi i giorni festivi.

Eccezionalmente le prestazioni domiciliari potranno essere svolte anche in giorni festivi, per situazioni di particolare gravità, previa autorizzazione dell'ATS e sempre nel rispetto di quanto previsto dal P.A.I..

Le prestazioni sono svolte da figure professionali qualificate, dipendenti del soggetto aggiudicatario, che costituiscono un'equipe operativa, rappresentativa della complessità del bisogno dell'assistito, specifica e variabile per ogni singolo caso. Questa dispone di un diario/cartella per ogni utente in cui vengono riportati tutti gli accessi con indicazione dei tempi, gli interventi effettuati e tutte le informazioni/documentazioni utili alla gestione del progetto di assistenza personalizzata.

## Art. 7

### Compartecipazione economica

I servizi domiciliari prevedono una compartecipazione, da parte degli utenti, al costo del servizio secondo le tariffe stabilite da questo ATS, in complementarietà con quanto approvato dalla Regione Puglia con il sistema dei Buoni Servizio.

I ticket pagati dagli utenti confluiranno nel "Fondo Unico di Ambito" e verranno riutilizzati per sostenere finanziariamente il medesimo servizio.

La quota di compartecipazione al costo del servizio verrà calcolata sulla base dell'ISEE socio-sanitario per le prestazioni ADI e su quello ordinario per le prestazioni SAD, secondo le percentuali indicate nella seguente tabella:

quota di compartecipazione a carico del beneficiario	
Da € 0,00 a € 2.000,00	Esente da compartecipazione
da 2.001,00 a € 5.000,00	10% della quota sociale della tariffa
da € 5.001,00 a € 10.000,00	20% della quota sociale della tariffa
da € 10.001,00 a € 15.000,00	30% della quota sociale della tariffa
da € 15.001,00 a € 20.000,00	40% della quota sociale della tariffa
da € 20.001,00 a € 25.000,00	50% della quota sociale della tariffa
da € 25.001,00 a € 30.000,00	60% della quota sociale della tariffa
da € 30.001,00 a € 35.000,00	70% della quota sociale della tariffa
da € 35.001,00 a € 40.000,00	80% della quota sociale della tariffa
Superiore a € 40.001,00	100% della quota sociale della tariffa

Le quote di compartecipazione al costo delle prestazioni sono soggette a revisione e aggiornamento in analogia alle tariffe regionali dei Buoni Servizio.

La mancata presentazione dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente - ISEE comporta il pagamento dell'intero ammontare orario del costo del Servizio.

I versamenti della compartecipazione da parte dei beneficiari, sulla base delle ore di prestazione effettivamente fruite, dovranno essere effettuati mensilmente, entro 15gg dal ricevimento della comunicazione dell'importo da pagare attraverso PagoPA, pena la sospensione del servizio.

Ogni Ufficio Servizi Sociali Comunali riceverà mensilmente, dall'Ente erogatore del Servizio, la rendicontazione delle ore effettivamente fruite dai propri utenti e avrà la possibilità di accedere alla piattaforma dedicata per monitorarne i pagamenti.

### 3° PARTE: GESTIONE OPERATIVA DEL SERVIZIO

#### Art. 8

##### Attori coinvolti nell'attuazione dell'intervento

Il Servizio "Cure Domiciliari", in base all'organizzazione dell'Ambito Territoriale Sociale di Lecce, che prevede la "presa in carico dell'utente" in capo al Servizio Sociale del Comune competente per residenza del richiedente e la "titolarità del servizio" in capo al Servizio Sociale dell'Ufficio di Piano, prevede un iter istruttorio a più mani, con adempimenti specifici a titolarità Comunale e di Ambito.

##### a) *Adempimenti dei Comuni*

Il Comune di residenza del richiedente il Servizio:

- Prenderà in carico l'utente;
- Verificherà i requisiti di accesso al Servizio;
- Verificherà la completezza della documentazione e instruirà la pratica;
- Trasmetterà richiesta di attivazione all'UdP – Referente del Servizio - unitamente all'invio del fascicolo completo di tutta la documentazione;
- Monitorerà i pagamenti mensili dei propri utenti accedendo sulla piattaforma dedicata;
- Provvederà all'acquisizione ed all'invio all'UdP del modello ISEE di ogni utente entro il 1° febbraio di ogni anno;
- Procederà in caso di morosità all'invio all'UdP della richiesta di sospensione del servizio.

##### b) *Adempimenti dell'Ufficio di Piano – componente amministrativo-contabile e socio-educativa:*

L'Ufficio di Piano:

- Curerà la programmazione e progettazione di dettaglio del servizio;
- Predisporrà le procedure tecnico amministrative per l'affidamento del servizio;
- Procederà all'attivazione del servizio in favore degli utenti, o alle eventuali sospensioni, su richiesta dei Servizi Sociali Comunali;
- Adempirà al monitoraggio sull'andamento del servizio attraverso un'interlocuzione costante con l'Ente Gestore;
- Svolgerà azione di controllo tecnico amministrativo contabile sul servizio ai fini dell'adozione degli adempimenti amministrativi di liquidazione delle fatture mensili.

#### Art. 9

##### Modalità di accesso e di attuazione dell'intervento

Il Servizio "Cure Domiciliari" è un servizio a domanda individuale.

Per l'attivazione del Servizio è utilizzata la seguente metodologia:

##### *1° fase: Modalità di accesso*

Per Servizi Domiciliari Integrati di I° e II° livello, l'accesso avviene su proposta del Medico di Medicina Generale inoltrata attraverso la Piattaforma Edotto, previa valutazione del caso da parte dell'UVM, équipe professionale con competenze multidisciplinari, in grado di leggere le esigenze degli utenti con bisogni sanitari e sociali complessi e di redigere il PAI, con l'individuazione delle prestazioni necessarie e l'indicazione della tipologia, i tempi di erogazione e le figure professionali necessarie per la cura e l'assistenza della persona a domicilio.

Per i Servizi di Assistenza Domiciliare socio-assistenziale, l'accesso avviene spontaneamente a seguito di richiesta da parte dell'utente, o suo familiare, presentata agli Sportelli di Segretariato Sociale Professionale/PUA, presenti in tutti i Comuni dell'ATS attraverso apposita modulistica.

E' competenza del Servizio Sociale Professionale del Comune di residenza dell'utente valutare il bisogno e istruire l'istanza, solo in presenza dei requisiti di accesso.

## 2° fase: Predisposizione del Piano d'Intervento

Per i Servizi Domiciliari Integrati di I° e II° livello, il Piano Assistenziale d'Intervento per la parte sociale viene predisposto in UVM da parte del Servizio Sociale Professionale del Comune territorialmente competente, titolare della presa in carico dell'utente, che provvede all'istruttoria della pratica propedeutica all'avvio del servizio domiciliare ed è responsabile dell'invio all'UdP della documentazione completa (SVAMA sociale, modello ISEE socio-sanitario) necessaria per l'attivazione del Servizio ADI, resta a carico del PUA Distrettuale l'invio del Verbale UVM e del PAI. Per il Servizio ADI il monte ore settimanale delle prestazioni viene stabilito in sede di UVM in rapporto al livello di non-autosufficienza del beneficiario ed alle esigenze definite nei PAI e, comunque, fino a un massimo di n° 8 ore settimanali.

Sarà cura del Servizio Sociale Professionale, in accordo con il Distretto Socio Sanitario, verificare la necessità, a scadenza del PAI, di eventuale proroga del servizio ADI e mettere in atto tutti gli adempimenti necessari alla continuità delle Cure Domiciliari. Qualora si ravvisi la necessità di prosecuzione per il solo aspetto socio-assistenziale, la continuità delle cure domiciliari potrà essere garantita su richiesta del servizio responsabile del caso attraverso il servizio SAD.

Per i Servizi di Assistenza Domiciliare socio-assistenziale, il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) viene predisposto dal Servizio Sociale Professionale del Comune di residenza dell'utente, titolare della presa in carico, che provvederà all'istruttoria della pratica, propedeutica all'avvio del servizio domiciliare, ed è responsabile dell'invio all'UdP di tutta la documentazione completa (SVAMA sociale, modello ISEE ordinario e PAI), necessaria per l'attivazione del Servizio SAD.

Per il Servizio SAD il monte ore settimanale delle prestazioni viene stabilito in rapporto al livello di non-autosufficienza del beneficiario ed alle esigenze definite nei PAI secondo la tabella di seguito riportata:

		anziano	disabile	h PAI SAD
non autosufficienza	Media	ultra65 riconosciuti invalidi al 67=>99%	disabili riconosciuti invalidi al 67=>99%	max 4h/sett.
	Grave	ultra65 non autosufficiente con <u>basso bisogno assistenziale</u> : ultra65 riconosciuti invalidi al 100% e/o con indennità di accompagnamento e/o ai sensi dell'art. 3 comma 3 L. 104/92	disabili riconosciuti invalidi al 100% e/o con indennità di accompagnamento e/o ai sensi dell'art. 3 comma 3 L. 104/92	max 7h/sett.
	Gravissima	ultra65 non autosufficiente con <u>alto bisogno assistenziale</u> : ultra65 riconosciuti invalidi ai sensi dell'art. 3 DM 26 settembre 2016	disabili riconosciuti invalidi ai sensi dell'art. 3 DM 26 settembre 2016	max 8h/sett.

In caso di più componenti il medesimo nucleo familiare il PAI degli ulteriori richiedenti è incrementato del 50% delle ore previste nel PAI del beneficiario che presenta la non autosufficienza più grave.

In caso di mancata presentazione, a corredo dell'istanza di accesso, del modello ISEE (ordinario e/o socio-sanitario) in corso di vigenza, necessario alla definizione della tariffa oraria di compartecipazione al costo del servizio, il servizio potrà essere avviato con l'applicazione della tariffa oraria piena sino all'avvenuta consegna del Modello ISEE ad integrazione dell'istanza che consentirà il calcolo della tariffa di compartecipazione oraria al costo del servizio.

Sarà cura del Servizio Sociale Professionale del Comune di residenza dell'utente acquisire e trasmettere all'UdP il modello ISEE in corso di vigenza, necessario alla definizione della tariffa oraria di compartecipazione al costo del servizio per garantirne la continuità, entro il 1° febbraio di ogni anno, in assenza del quale l'UdP applicherà la tariffa oraria piena del costo del servizio.

L'Ambito Territoriale Sociale di Lecce, per il tramite del Servizio Sociale Professionale, verificata la

correttezza e completezza della documentazione inviata dai Servizi Sociali Comunali provvede all'attivazione delle cure domiciliari (ADI e SAD) nei limiti della disponibilità finanziaria.

### *3° fase: Modalità di attuazione dell'intervento*

I tempi di attivazione del Servizio "Cure Domiciliari", a cura dell'Ente gestore, sono:

- entro 3 (tre) giorni dall'invio del Verbale UVM da parte dell'ATS per le Cure Integrate;
- entro 7 (sette) giorni dall'invio del PAI da parte dell'ATS per il servizio SAD.

Il Gestore provvede all'invio congiunto di apposita comunicazione al Referente del Servizio e al Responsabile del caso.

### *4° fase: monitoraggio e valutazione*

I Servizi domiciliari sono sottoposti alle linee di indirizzo e di programmazione, nonché alla verifica e controllo di qualità, da parte dell'Ambito Territoriale Sociale di Lecce.

## **Art. 10**

### **Non attivazione, cessazione, sospensione del Servizio**

1. Il Servizio "Cure Domiciliari" non viene attivato in caso di:
  - a) documentazione incompleta;
  - b) mancanza di documentazione inerente al riconoscimento dell'invalidità.
2. Il Servizio "Cure Domiciliari" cessa in caso di:
  - a) rinuncia scritta dell'utente o dei suoi familiari;
  - b) ricovero definitivo in struttura residenziale;
  - c) decesso.
3. Il Servizio "Cure Domiciliari" viene sospeso in caso di:
  - a) richiesta scritta del beneficiario o dei suoi familiari,
  - b) temporaneo ricovero ospedaliero o in strutture residenziali o di riabilitazione;
  - c) soggiorno temporaneo dell'utente nel territorio di comuni non appartenenti all'ATS Lecce;
  - d) morosità per il mancato pagamento della quota di compartecipazione al servizio erogato per oltre 2 mensilità, come da piattaforma dedicata.
  - e) in caso di comprovati atteggiamenti lesivi verso gli operatori impiegati in forma ripetuta (molestie, aggressioni anche verbali, minacce poste in essere in modo cosciente, ecc...) e non derivanti da patologie sottostanti (psichiatriche, demenze, alzheimer, ecc).

## **Art. 11**

### **La documentazione**

Sotto il profilo eminentemente formale la gestione degli interventi del Servizio "Cure Domiciliari" è garantita attraverso l'utilizzo di specifica modulistica da utilizzare per le diverse procedure di attivazione/modifica/sospensione del Servizio di Assistenza Domiciliare Sociale a cura del Servizio Sociale Professionale del Comune di Residenza del richiedente.

Con specifico riferimento alle prestazioni specialistiche erogate nell'ambito di progettualità attivate su richiesta dei Servizi territoriali, al fine di facilitare la lettura della documentazione, la modulistica deve essere compilata in formato elettronico ovvero a mano esclusivamente in stampato maiuscolo e trasmessa all'indirizzo PEC del Comune di Lecce e, congiuntamente, all'indirizzo mail del Referente di servizio.

Elenco dei moduli per la gestione degli interventi attivati:

- All. 1 – Richiesta di accesso al Servizio SAD
- All. 2 – tipologia di beneficiario SAD (classificazione della disabilità/non autosufficienza)
- All. 3 – Dichiarazione impegno ADI

- All. 4 – grado di autonomia SAD/ADI
- All. 5 – supporto della rete sociale SAD/ADI
- All. 6 – Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) SAD/ADI
- All. 7 – Comunicazione: sospensione/rinuncia al SAD/ADI o comunicazione decesso
- All. 8 – Nomina e delega Responsabile pagamento compartecipazione al costo del servizio SAD/ADI
- All. 9 – Richiesta di attestazione delle somme versate a titolo di compartecipazione al costo del Servizio SAD/ADI

Inoltre, a corredo della richiesta di attivazione del servizio devono essere trasmessi gli ulteriori seguenti documenti:

- copia fotostatica del documento di identità in corso di validità e del Codice fiscale del richiedente e del destinatario del Servizio;
- modello ISEE Ordinario (per il SAD) e Socio-Sanitario (per l'ADI) in corso di validità in mancanza del quale verrà applicata d'ufficio la tariffa oraria piena del costo del servizio;
- Svama Sociale (per beneficiario anziano) e Svamdi (per beneficiario Disabile) debitamente compilata a cura dell'Assistente Sociale titolare del caso.

## **Art. 12**

### **Rispetto delle norme vigenti e abrogazioni**

Per tutto quanto non disciplinato dal presente Regolamento si rimanda alle vigenti normative. Ogni altro atto o disposizione dell'Ambito Territoriale Sociale di Lecce e dei Comuni allo stesso afferenti incompatibili e/o in contrasto con il presente Regolamento si intendono automaticamente modificati e/o abrogati.

## **Art. 13**

### **Durata**

Il presente Regolamento ha durata pari al periodo di vigenza del Piano Sociale di Zona 2022-2024. Lo stesso si intende automaticamente prorogato oltre il suddetto termine, salvo che non si ravvisi la necessità di revocarlo e/o modificarlo e/o integrarlo con successivo e formale atto. Il Regolamento può essere abrogato anticipatamente nei casi previsti dalla legge o revocato, modificato, integrato in corso di vigenza a seguito di sopraggiunta modifica normativa che renda necessaria l'adozione uno tra i provvedimenti sopra citati.

## **Art. 14**

### **Privacy**

In ordine al Servizio tutti i dati personali, anche appartenenti alle categorie particolari di dati o – laddove presenti – relativi a condanne penali o reati, sono utilizzati esclusivamente per i soli fini istituzionali o in adempimento a obblighi di legge e/o di regolamento e per quanto strettamente necessario alla definizione e all'attuazione degli interventi, assicurando la protezione e la riservatezza delle informazioni, nei termini e con le modalità previste dalla normativa, nel rispetto di quanto disposto dal Regolamento UE 679/2016 in materia di protezione dei dati personali. L'erogazione del Servizio è subordinata al rispetto delle misure di sicurezza tecniche e organizzative sulle banche dati che ne scaturiranno e al loro trattamento, all'individuazione del personale interno autorizzato e appositamente istruito e alla designazione di eventuali Responsabili del trattamento esterni (in caso di esternalizzazione di parte del Servizio) ai sensi

della vigente normativa italiana ed europea in materia di protezione dei dati personali, nonché all'adozione delle adeguate misure di sicurezza e tutela previste dall'art. 32 del Reg. UE 2016/679 e dall'art. 2-septies del D.Lgs. 196/2003.

Titolare del trattamento è il Comune di Lecce- Capofila dell'Ambito Territoriale Sociale.

Il Comune di Lecce, a garanzia della correttezza delle attività di trattamento, ha designato e viene supportato per la corretta applicazione delle norme in materia di protezione dei dati da un Responsabile della Protezione dei Dati, i cui dati di contatto sono pubblicati sul sito web istituzionale.

#### **Art. 15**

##### **Norme transitorie**

Il presente Regolamento si applica a tutti i nuovi casi attivati a seguito dell'entrata in vigore del Documento nonché a quelli già attivi alla medesima data, previo aggiornamento dell'intero fascicolo.

#### **Art. 16**

##### **Adozione, approvazione, entrata in vigore**

Il presente Regolamento è adottato dal Coordinamento Politico Istituzionale dell'Ambito Territoriale Sociale di Lecce con proprio atto deliberativo.

Lo stesso entra in vigore con l'approvazione da parte del Consiglio Comunale del Comune Capofila di Lecce, quale Ente strumentale dell'Associazione dei Comuni, ai sensi dell'art. 8 della stessa Convenzione per la gestione associata delle funzioni e dei servizi socio-assistenziali.

Gli altri nove Comuni dell'Associazione provvedono a recepire e a fare proprio il presente Regolamento con proprio atto nelle forme previste dalla legge.

# AMBITO TERRITORIALE SOCIALE di LECCE



LECCE  
(capofila)



ARNESANO



CAVALLINO



LEQUILE



LIZZANELLO



MONTERONI  
DI LECCE



SAN CESARIO  
DI LECCE



SAN  
DONATO DI  
LECCE



SAN PIETRO IN  
LAMA



SURBO

## Allegato 1

Al Servizio Sociale Professionale  
del Comune di \_\_\_\_\_

DOMANDA di ACCESSO alle CURE DOMICILIARI  
SERVIZIO di ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE (SAD)  
in favore di persone anziane non autosufficienti gravi e disabili

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/19\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_  
Domiciliato/a nel Comune di \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_  
Tel. (casa) \_\_\_\_\_ (Cell.) \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
e.mail/pec \_\_\_\_\_

## CHIEDE

per se stesso  
 In qualità di \_\_\_\_\_ del sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
(specificare parentela)  
Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/19\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_  
Domiciliato/a nel Comune di \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_  
Tel. (casa) \_\_\_\_\_ (Cell.) \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
e.mail/pec \_\_\_\_\_

### l'ammissione al Servizio di:

Assistenza Domiciliare Sociale (SAD) **anziani**     Assistenza Domiciliare Sociale (SAD) **disabili**

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00 e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445,

## DICHIARA

### che la persona per la quale si richiede il servizio:

1.  è in possesso di Verbale di Invalidità Civile rilasciato dalla competente Commissione Medica, attestante stato di invalidità civile al \_\_\_\_\_% e/o del riconoscimento ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3;  
 ha inoltrato istanza per il riconoscimento di invalidità;

2. convive con (composizione del nucleo familiare):

Grado di parentela	Cognome e nome	Comune di nascita	Data di nascita

3. fruisce di servizi domiciliari con i "Buoni servizio"

SI per n° \_\_\_\_\_ ore a settimana  NO

4. il valore ISEE ORDINARIO riferito al nucleo familiare è pari ad Euro \_\_\_\_\_;

5. è a conoscenza che la **compartecipazione al costo del servizio SAD** a carico del beneficiario è determinata in base al valore ISEE ORDINARIO riferito al nucleo familiare secondo le seguenti fasce:

ISEE del nucleo familiare		Compartecipazione
da € 0,00	a € 2.000,00	Esente da compartecipazione
da € 2.001,00	a € 5.000,00	10% della quota sociale della tariffa
da € 5.001,00	a € 10.000,00	20% della quota sociale della tariffa
da € 10.001,00	a € 15.000,00	30% della quota sociale della tariffa
da € 15.001,00	a € 20.000,00	40% della quota sociale della tariffa
da € 20.001,00	a € 25.000,00	50% della quota sociale della tariffa
da € 25.001,00	a € 30.000,00	60% della quota sociale della tariffa
da € 30.001,00	a € 35.000,00	70% della quota sociale della tariffa
da € 35.001,00	a € 40.000,00	80% della quota sociale della tariffa
da € 40.001,00		100% della quota sociale della tariffa

6. si impegna alla compartecipazione al costo del servizio, se dovuta, sulla base delle ore di prestazione effettivamente fruite, entro 15gg dal ricevimento della comunicazione dell'importo da pagare attraverso PagoPA, pena la sospensione del servizio.

7. si impegna ad aggiornare e consegnare l'attestazione ISEE entro il **1° febbraio** di ogni anno, in assenza del quale verrà applicata la tariffa oraria piena del costo del servizio.

8. è a conoscenza che in assenza di ISEE o di aggiornamento entro il termine del 1° febbraio di ogni anno, sarà applicata la compartecipazione del 100% della quota sociale della tariffa;

9. è a conoscenza che in assenza di verbale di invalidità verrà attivato il SAD, per coloro che ne hanno inoltrato istanza di riconoscimento, per un periodo max di mesi quattro decorsi i quali il PAI si intenderà automaticamente concluso se non si provvede all'integrazione della pratica con il relativo Verbale di riconoscimento dell'invalidità;

10. è a conoscenza di dover comunicare tempestivamente al Comune di residenza, per iscritto, ogni variazione delle notizie trasmesse con la presente istanza;

11. di aver preso visione dell'informativa privacy completa (ai sensi dell'art. 13 del Reg. Europeo n° 679/2016) presente sul sito web istituzionale del Comune e allegata alla presente domanda.

#### ALLEGA:

- fotocopia di un valido documento d'identità del destinatario del servizio e del richiedente se diverso dal destinatario del servizio;
- attestazione/autocertificazione ISEE ORDINARIO in corso di vigenza;
- Verbale di invalidità civile e/o verbale l. 104/92 art. 3 comma 3.

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

#### Regolamento Europeo 2016/679 in materia di protezione dei dati personali. Informativa breve sul trattamento dei dati.

Titolare del trattamento dei dati da Lei forniti è il Comune di Lecce, in persona del legale rappresentante pro tempore, con sede in via Francesco Rubichi, n. 16 – Lecce (PEC: protocollo@pec.comune.lecce.it - Telefono: 0832.682111). Si informa che i dati da lei forniti saranno utilizzati per lo svolgimento dell'istruttoria relativa al procedimento a cui i dati si riferiscono. Il trattamento è necessario per adempiere ad un obbligo legale e/o per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico (ovvero di rilevante interesse pubblico). I dati forniti saranno trattati dal personale in servizio presso il Comune di Lecce e l'Ufficio di Piano del Comune interessato, anche con l'ausilio di mezzi elettronici e potranno essere comunicati ai soggetti istituzionali (pubblici o privati) nei soli casi previsti dalle disposizioni di legge o di regolamento, o a terzi interessati nel rispetto della normativa disciplinante l'accesso. A tal proposito, si ricorda che le dichiarazioni sostitutive rese nella presente domanda sono oggetto di controllo da parte del Comune di Lecce ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445. I suoi dati saranno trattati per il tempo stabilito dalla normativa nazionale, in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa (nel rispetto del Piano di conservazione e scarto del Consorzio). Il conferimento di tali dati è obbligatorio per dar corso alla richiesta o al procedimento di Suo interesse. Per esercitare i diritti di cui agli artt. 15-22 del Reg. UE 2016/679 contattare il Consorzio ai recapiti sopra indicati o il suo Responsabile della Protezione dei Dati (privacy@liquidlaw.it). Per maggiori informazioni si prega di consultare l'informativa privacy completa presente sul sito web istituzionale del Consorzio e allegata alla presente domanda.

# AMBITO TERRITORIALE SOCIALE di LECCE



LECCE  
(capofila)



ARNESANO



CAVALLINO



LEQUILE



LIZZANELLO



MONTERON  
I DI LECCE



SAN CESARIO  
DI LECCE



SAN  
DONATO DI  
LECCE



SAN PIETRO IN  
LAMA



SURBO

## Allegato 2

### Servizio di Assistenza Domiciliare Sociale (SAD) Tipologia di beneficiario classificazione della disabilità/non autosufficienza

classificazione della disabilità/non autosufficienza)		disabile	h PAI SAD
Non autosufficienza	<input type="checkbox"/> Media	disabili riconosciuti invalidi al 67=>99%	max 4h/sett.
	<input type="checkbox"/> Grave	disabili riconosciuti invalidi al 100% e/o con indennità di accompagnamento e/o ai sensi dell'art. 3 comma 3 L. 104/92	max 7h/sett.
	<input type="checkbox"/> Gravissima	disabili riconosciuti invalidi ai sensi dell'art. 3 DM 26 settembre 2016	max 8h/sett.

classificazione della disabilità/non autosufficienza)		anziano	h PAI SAD
Non autosufficienza	<input type="checkbox"/> Media	ultra65 riconosciuti invalidi al 67=>99%	max 4h/sett.
	<input type="checkbox"/> Grave	ultra65 non autosufficiente con <u>basso bisogno assistenziale</u> : ultra65 riconosciuti invalidi al 100% e/o con indennità di accompagnamento e/o ai sensi dell'art. 3 comma 3 L. 104/92	max 7h/sett.
	<input type="checkbox"/> Gravissima	ultra65 non autosufficiente con <u>alto bisogno assistenziale</u> : ultra65 riconosciuti invalidi ai sensi dell'art. 3 DM 26 settembre 2016	max 8h/sett.

# AMBITO TERRITORIALE SOCIALE di LECCE



LECCE  
(capofila)



ARNESANO



CAVALLINO



LEQUILE



LIZZANELLO



MONTERONI  
DI LECCE



SAN CESARIO  
DI LECCE



SAN  
DONATO DI  
LECCE



SAN PIETRO IN  
LAMA



SURBO

## Allegato 3

### SERVIZIO di ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI) DICHIARAZIONE DI IMPEGNO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/19\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

Domiciliato/a nel Comune di \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

Tel. (casa) \_\_\_\_\_ (Cell.) \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

e.mail/pec \_\_\_\_\_

### CHIEDE

per se stesso

In qualità di \_\_\_\_\_ del  
sig./sig.ra \_\_\_\_\_

(specificare parentela)

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/19\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

Domiciliato/a nel Comune di \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

Tel. (casa) \_\_\_\_\_ (Cell.) \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

e.mail/pec \_\_\_\_\_

### Tenuto conto della richiesta di ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00 e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445,

### DICHIARA

Che:

1. il valore ISEE SOCIO-SANITARIO riferito al beneficiario è pari ad Euro \_\_\_\_\_;

2. è a conoscenza che la **compartecipazione al costo del servizio ADI** a carico del beneficiario è determinata in base al valore ISEE SOCIO-SANITARIO riferito al beneficiario secondo le seguenti fasce:

ISEE del nucleo familiare		Compartecipazione
da € 0,00	a € 2.000,00	Esente da compartecipazione
da € 2.001,00	a € 5.000,00	10% della quota sociale della tariffa
da € 5.001,00	a € 10.000,00	20% della quota sociale della tariffa
da € 10.001,00	a € 15.000,00	30% della quota sociale della tariffa
da € 15.001,00	a € 20.000,00	40% della quota sociale della tariffa
da € 20.001,00	a € 25.000,00	50% della quota sociale della tariffa
da € 25.001,00	a € 30.000,00	60% della quota sociale della tariffa
da € 30.001,00	a € 35.000,00	70% della quota sociale della tariffa
da € 35.001,00	a € 40.000,00	80% della quota sociale della tariffa
da € 40.001,00		100% della quota sociale della tariffa

3. si impegna alla compartecipazione al costo del servizio, se dovuta, sulla base delle ore di prestazione effettivamente fruite, entro 15gg dal ricevimento della comunicazione dell'importo da pagare attraverso PagoPA, pena la sospensione del servizio.
4. si impegna ad aggiornare e consegnare l'attestazione ISEE entro il **1° febbraio** di ogni anno, in assenza del quale verrà applicata la tariffa oraria piena del costo del servizio.
5. è a conoscenza che in assenza di ISEE o di aggiornamento entro il termine del 1° febbraio di ogni anno, sarà applicata la compartecipazione del 100% della quota sociale della tariffa;
6. è a conoscenza di dover comunicare tempestivamente al Comune di residenza, per iscritto, ogni variazione delle notizie trasmesse con la presente istanza;
7. di aver preso visione dell'informativa privacy completa (ai sensi dell'art. 13 del Reg. Europeo n° 679/2016) presente sul sito web istituzionale del Comune e allegata alla presente domanda.

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**Regolamento Europeo 2016/679 in materia di protezione dei dati personali. Informativa breve sul trattamento dei dati.**

*Titolare del trattamento dei dati da Lei forniti è il Comune di Lecce, in persona del legale rappresentante pro tempore, con sede in via Francesco Rubichi, n. 16 – Lecce (PEC: protocollo@pec.comune.lecce.it - Telefono: 0832.682111). Si informa che i dati da lei forniti saranno utilizzati per lo svolgimento dell'istruttoria relativa al procedimento a cui i dati si riferiscono. Il trattamento è necessario per adempiere ad un obbligo legale e/o per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico (ovvero di rilevante interesse pubblico). I dati forniti saranno trattati dal personale in servizio presso il Comune di Lecce e l'Ufficio di Piano del Comune interessato, anche con l'ausilio di mezzi elettronici e potranno essere comunicati ai soggetti istituzionali (pubblici o privati) nei soli casi previsti dalle disposizioni di legge o di regolamento, o a terzi interessati nel rispetto della normativa disciplinante l'accesso. A tal proposito, si ricorda che le dichiarazioni sostitutive rese nella presente domanda sono oggetto di controllo da parte del Comune di Lecce ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445. I suoi dati saranno trattati per il tempo stabilito dalla normativa nazionale, in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa (nel rispetto del Piano di conservazione e scarto del Consorzio). Il conferimento di tali dati è obbligatorio per dar corso alla richiesta o al procedimento di Suo interesse. Per esercitare i diritti di cui agli artt. 15-22 del Reg. UE 2016/679 contattare il Consorzio ai recapiti sopra indicati o il suo Responsabile della Protezione dei Dati (privacy@liquidlaw.it). Per maggiori informazioni si prega di consultare l'informativa privacy completa presente sul sito web istituzionale del Consorzio e allegata alla presente domanda.*

# AMBITO TERRITORIALE SOCIALE di LECCE



LECCE (capofila)



ARNESANO



CAVALLINO



LEQUILE



LIZZANELLO



MONTERONI DI LECCE



SAN CESARIO DI LECCE



SAN DONATO DI LECCE



SAN PIETRO IN LAMA



SURBO

<b>Servizio di Assistenza domiciliare SAD/ADI</b> <b>Grado di autonomia dell'Anziano/Disabile</b> <i>(attribuzione di punteggio da 0 a 3)</i>	
Preparazione dei pasti	
Pulizia della casa	
Lavanderia	
Effettuazione acquisti	
Alimentazione	
Bagno	
Toeletta personale	
Abbigliamento	
Uso del wc ( o padella o panno)	
Assunzione dei medicinali	
Trasferimenti	
Deambulazione	
Gestione del denaro	
Sostegno psicoaffettivo	
Supervisione diurna	
Supervisione notturna	
<b>TOTALE</b>	

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

<b>Legenda:</b>
da 48 a 32 - anziano con lieve compromissione dell'autonomia
da 31 a 16 - anziano con grave compromissione dell'autonomia
da 15 a 0 - anziano con totale compromissione dell'autonomia

L'Assistente Sociale

---

## AMBITO TERRITORIALE SOCIALE di LECCE



LECCE  
(capofila)



ARNESANO



CAVALLINO



LEQUILE



LIZZANELLO



MONTERONI DI LECCE



SAN CESARIO DI LECCE



SAN DONATO DI LECCE



SAN PIETRO IN LAMA



SURBO

### Allegato 5

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

### Servizio di Assistenza Domiciliare SAD/ADI Supporto della Rete Sociale (famiglia, privato, vicinato e volontariato)

	SOGGETTO AUTONOMO	SUPPORTO RETE PER SOGGETTO NON AUTONOMO		
		sufficiente	parzialmente sufficiente o difficoltà di tenuta	insufficiente
Preparazione dei pasti	0	5	10	10
Pulizia della casa	0	5	5	10
Lavanderia	0	5	5	10
Effettuazione acquisti	0	5	5	10
Alimentazione	0	5	10	20
Bagno	0	5	5	10
Toeletta personale	0	5	10	15
Abbigliamento	0	5	10	15
Uso del wc ( o padella o panno)	0	5	15	25
Assunzione dei medicinali	0	5	10	10
Trasferimenti	0	5	15	20
Deambulazione	0	5	10	15
Gestione del denaro	0	5	10	10
Sostegno psicoaffettivo	0	5	10	10
Supervisione diurna	0	5	15	25
Supervisione notturna	0	5	15	25
<b>totali parziali</b>				
		<b>TOTALE RETE SOCIALE</b>		

#### Legenda:

da 0 a 80 – anziano/disabile ben assistito

da 85 a 160 – anziano/disabile parzialmente assistito

da 165 a 240 – anziano/disabile non sufficientemente assistito

**L'Assistente Sociale**

# AMBITO TERRITORIALE SOCIALE di LECCE



LECCE  
(capofila)



ARNESANO



CAVALLINO



LEQUILE



LIZZANELLO



MONTERONI  
DI LECCE



SAN CESARIO  
DI LECCE



SAN  
DONATO DI  
LECCE



SAN PIETRO IN  
LAMA



SURBO

## Allegato 6

<p><b>Servizio di Assistenza Domiciliare Sociale SAD/ADI</b> FORMULAZIONE del <b>PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI)</b></p>
---

Servizio di assistenza domiciliare sociale (SAD)

Servizio di assistenza domiciliare Integrata (ADI)

<b>Dati personali dell'anziano/disabile</b>	
Cognome:	Nome:
Data di nascita:	Indirizzo:
Comune di Residenza:	Telefono:
Familiare di riferimento:	Telefono:
Medico di base:	

<b>Stato civile:</b>	<input type="checkbox"/> coniugato/a
	<input type="checkbox"/> separato/a
	<input type="checkbox"/> vedovo/a
	<input type="checkbox"/> celibe/nubile

<b>L'anziano/disabile vive con</b>	<input type="checkbox"/> coniuge/convivente
	<input type="checkbox"/> figli
	<input type="checkbox"/> parente
	<input type="checkbox"/> solo
	<input type="checkbox"/> altro

<b>L'anziano/disabile è:</b>	
<input type="checkbox"/> con lieve compromissione dell'autonomia	<input type="checkbox"/> ben assistito
<input type="checkbox"/> con grave compromissione dell'autonomia	<input type="checkbox"/> parzialmente assistito
<input type="checkbox"/> con totale compromissione dell'autonomia	<input type="checkbox"/> non sufficientemente assistito

Ha bisogno delle seguenti prestazioni socio-assistenziali domiciliari:	
Area assistenza alla persona	<input type="checkbox"/> igiene personale
	<input type="checkbox"/> vestizione
	<input type="checkbox"/> preparazione e/o assunzione dei pasti
	<input type="checkbox"/> supporto alla deambulazione
	<input type="checkbox"/> altro specificare _____
Area della cura dell'ambiente di vita	<input type="checkbox"/> lavanderia (solo in caso l'anziano viva solo)
	<input type="checkbox"/> riordino del letto
	<input type="checkbox"/> cura degli ambienti di vita
	<input type="checkbox"/> altro specificare _____

Compartecipazione al costo del servizio rispetto alla quota sociale della tariffa oraria del servizio									
<input type="checkbox"/> esente	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 20%	<input type="checkbox"/> 30%	<input type="checkbox"/> 40%	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 70%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 100%

Cadenza ed orari dell'intervento di assistenza
Intervento previsto: n° _____ ore per n° _____ giorni a settimana.

Durata dell'intervento
L'intervento è previsto per la durata di n° _____ mesi/e.

\_\_\_\_\_

L'Assistente Sociale Comune di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Per presa visione ed accettazione  
l'anziano o il familiare

\_\_\_\_\_

# AMBITO TERRITORIALE SOCIALE di LECCE



LECCE  
(capofila)



ARNESANO



CAVALLINO



LEQUILE



LIZZANELLO



MONTERONI DI  
LECCE



SAN  
CESARIO  
DI LECCE



SAN  
DONATO DI  
LECCE



SAN PIETRO IN  
LAMA



SURBO

## Allegato 7

Al Servizio Sociale Professionale  
del Comune di \_\_\_\_\_

**Oggetto:** Servizio di Assistenza Domiciliare Sociale (SAD) ed Integrata (ADI) in favore di persone non autosufficienti.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

per se stesso

In qualità di \_\_\_\_\_ del sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
(specificare parentela)

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/19\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

beneficiario del servizio:

SAD

ADI

### CHIEDE/COMUNICA

- il DECESSO del beneficiario del servizio avvenuto il \_\_\_\_\_
- la RINUNCIA del servizio in oggetto a far data dal \_\_\_\_\_
- la SOSPENSIONE del servizio in oggetto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
chiedendone, altresì, la riattivazione al termine di tale periodo.

Per le motivazioni di seguito indicate:

- guarigione
- ricovero in struttura
- trasferimento del domicilio in comune non appartenente al territorio dell'Ambito
- non soddisfazione delle prestazioni offerte
- elevati costi di compartecipazione
- altro \_\_\_\_\_
- l'AUMENTO/DIMINUZIONE di n° \_\_\_\_\_ ore settimanali del servizio in oggetto a far data dal \_\_\_\_\_ per la seguente motivazione \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa sulla protezione dei dati presente nella sezione "Privacy" del sito web del Comune di Lecce e di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente richiesta saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente viene resa.

\_\_\_\_\_  
Firma

# AMBITO TERRITORIALE SOCIALE di LECCE



LECCE  
(capofila)



ARNESANO



CAVALLINO



LEQUILE



LIZZANELLO



MONTERONI DI LECCE



SAN CESARIO DI LECCE



SAN DONATO DI LECCE



SAN PIETRO IN LAMA



SURBO

## Allegato 8

Al Servizio Sociale Professionale  
del Comune di \_\_\_\_\_

**Oggetto:** CURE DOMICILIARI SAD/ADI - Nomina e delega Responsabile pagamento  
compartecipazione al costo del servizio

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/19\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

C. F. \_\_\_\_\_, Cell. \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_, Pec \_\_\_\_\_

beneficiario del servizio:

SAD

ADI

## NOMINA e DELEGA

quale Responsabile del pagamento della compartecipazione al costo del servizio

Il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/19\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

C. F. \_\_\_\_\_, Cell. \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_, Pec \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa sulla protezione dei dati presente nella sezione "Privacy" del sito web del Comune di Lecce e di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente richiesta saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente viene resa.

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

### Regolamento Europeo 2016/679 in materia di protezione dei dati personali. Informativa breve sul trattamento dei dati.

Si informa che i dati da lei forniti saranno utilizzati per lo svolgimento dell'istruttoria relativa al procedimento a cui i dati si riferiscono. Il trattamento è necessario per adempiere ad un obbligo legale e/o per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico (ovvero di rilevante interesse pubblico). I dati forniti saranno trattati dal personale in servizio presso il Comune di Lecce - Ambito territoriale e sociale di Lecce, anche con l'ausilio di mezzi elettronici e potranno essere comunicati ai soggetti istituzionali nei soli casi previsti dalle disposizioni di legge o di regolamento, o a terzi interessati nel rispetto della normativa disciplinante l'accesso. I suoi dati saranno trattati per il tempo stabilito dalla normativa nazionale, in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa (nel rispetto del Piano di conservazione e scarto dell'Ente). Il conferimento di tali dati è obbligatorio per dar corso alla richiesta o al procedimento di Suo interesse. Per esercitare i diritti di cui agli artt. 15-22 del Reg. UE 2016/679 contattare l'ufficio protocollo del Comune o il suo Responsabile della Protezione dei Dati (privacy@liquidlaw.it).

# AMBITO TERRITORIALE SOCIALE di LECCE



LECCE  
(capofila)



ARNESANO



CAVALLINO



LEQUILE



LIZZANELLO



MONTERONI  
DI LECCE



SAN CESARIO  
DI LECCE



SAN DONATO  
DI LECCE



SAN PIETRO IN  
LAMA



SURBO

## Allegato 9

Al Servizio Sociale Professionale  
del Comune di \_\_\_\_\_

**Oggetto:** Richiesta di attestazione delle somme versate a titolo di compartecipazione al costo del Servizio di Assistenza Domiciliare Sociale (SAD) ed Integrata (ADI) in favore di persone non autosufficienti.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_, e.mail/pec \_\_\_\_\_

per sé stesso

In qualità di \_\_\_\_\_ del sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
(specificare parentela)

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

beneficiario/a del servizio:

SAD

ADI

### CHIEDE

Il rilascio di un'attestazione delle somme versate a titolo di compartecipazione al costo del servizio di assistenza domiciliare fruito dal sig./sig.ra \_\_\_\_\_, durante l'anno \_\_\_\_\_.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa sulla protezione dei dati presente nella sezione "Privacy" del sito web del Comune di Lecce e di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente richiesta saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente viene resa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_