



**AMBITO SOCIALE DI MESORACA  
COMUNI DI:  
COTRONEI, MESORACA, PETILIA POLICASTRO, ROCCABERNARDA, SANTA SEVERINA**

**AVVISO PUBBLICO**

Si rende noto che il Co.Pro.S.S., Consorzio Provinciale per i Servizi Sociali, con sede in Crotone, attiverà il “Servizio di Assistenza Domiciliare Disabili ( SADD) a favore di soggetti disabili” residenti nei Comuni di: **Cotronei, Mesoraca, Petilia Policastro, Roccabernarda, Santa Severina.**

Il Servizio di Assistenza Domiciliare Disabili (SADD) è rivolto a minori e adulti fino al compimento dei 65 anni di età con disabilità psico-fisica e sensoriale comunque non in grado di gestire la propria vita familiare senza aiuto esterno, al fine di consentire loro di permanere al proprio domicilio in condizioni di sicurezza

Il SADD ha come priorità la promozione ed il sostegno della qualità della vita delle persone con disabilità che hanno perso, in via temporanea o permanente, la capacità di provvedere autonomamente ed in modo soddisfacente a se stessi/e. Si tratta di interventi tesi a dare una risposta ai bisogni primari di assistenza in modo da favorire la permanenza nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio, evitando o ritardando il più possibile il ricovero presso strutture residenziali.

Tale Servizio, secondo i bisogni della persona, può essere realizzato in integrazione con le CDI (Cure Domiciliari Integrate) di natura sanitaria offerte dai Distretti ASP del territorio o con servizi semiresidenziali (Centri diurni per le disabilità).

Il SADD, avendo come obiettivo il miglioramento della qualità della vita della persona con disabilità, ha come finalità anche quella di migliorare e supportare la capacità di intervento delle persone dedite all’aiuto a domicilio dell’utente (caregiver, familiari, altre figure di riferimento), al fine di garantire una maggiore qualità dell’assistenza.

Il SADD assicura, secondo il bisogno della persona e secondo quanto indicato nel piano assistenziale individualizzato, le seguenti prestazioni:

tutte quelle attività finalizzate a sostenere l'individuo nello sviluppo della persona, nel recupero di capacità di autonomia, nella gestione di tipo domestico;

\_sono erogate dall'operatore socio sanitario OSS

Si individuano come segue:

1) interventi volti alla persona per alzarsi dal letto, per l'igiene e la cura personale, per la vestizione, per l'assunzione dei pasti, per la deambulazione; attività di ausilio e di controllo del benessere fisico del soggetto normalmente eseguiti dai familiari quali: movimento di arti invalidi e loro corretta posizionatura in condizioni di riposo, rilevazione della temperatura e del polso, mobilizzazione dell'utente temporaneamente costretto a letto, frizioni, ecc.;

2) prestazioni per il governo della casa e per lo svolgimento di attività domestiche quali: tenuta e riordino degli effetti personali, pulizia e riordino degli ambienti, preparazione dei pasti, acquisti correnti, disbrigo di commissioni, ecc.;

3) indicazioni sulle corrette norme igieniche e alimentari;

4) accompagnamento dell'utente per il disbrigo di pratiche, per il raggiungimento di ambulatori, presidi sanitari, servizi sociali e scolastici, per il mantenimento di rapporti parentali, amicali, di vicinato, per la promozione della vita di relazione, ecc.;

5) sostegno volto, in modo differenziato in relazione alle esigenze dell'utente, al suo grado di autonomia e di educabilità, ad aiutare l'utente adulto a saper organizzarsi la giornata, saper orientarsi nel proprio ambiente domestico ed extradomestico, a mantenere funzionali le abilità integranti dell'uso del telefono, dell'autobus, ecc. a mantenere o creare rapporti con l'esterno (amici, vicinato), a sviluppare interessi personali per l'occupazione del tempo libero; a garantire ai soggetti in età evolutiva un'organizzazione regolare della giornata in termini.

La domanda, redatta sotto forma di autocertificazione ai sensi del D.P.R. 455/2000, dovrà essere inoltrata a Co.Pro.S.S. a mezzo Pec all'indirizzo: [copross@pec.it](mailto:copross@pec.it) o consegnata al proprio comune di residenza (ufficio servizi sociali) **entro il 28.04.2025** con allegati:

✚ ISEE in corso di validità;

✚ Attestazione dello stato di disabilità Legge 104/92;

✚ Dichiarazione del medico curante che attesta lo stato di non autosufficienza;

L'istruttoria sarà a cura del Co. Pro. S. S. che redigerà una graduatoria tenendo conto di:

1. ISEE socio sanitario;
2. Disabilità
3. Composizione nucleo familiare;
4. Indennità percepite.

Dopo la pubblicazione della graduatoria, sarà possibile presentare nuove domande.

I beneficiari dovranno compartecipare al costo orario del servizio, calcolato come di seguito:

ISEE socio/sanitario - ISEE iniziale\*

ISEE finale\*\* – ISEE iniziale

\*ISEE “iniziale” pari a € 9.360,00. Fino a tale importo il servizio all’utente dovrà essere erogato gratuitamente

\*\*ISEE “finale” pari ad € 25.000,00. Tale importo corrisponde al valore massimo da applicare al costo del servizio ai fini del calcolo della compartecipazione a carico dell’utente. In presenza di importo superiore, il costo del servizio sarà a completo carico dell’utente.

**Non è prevista alcuna compartecipazione se il servizio è destinato a minori disabili.**

La quota, che verrà calcolata prima dell’inizio del servizio stesso, dovrà essere versata con bonifico bancario/postale al Co.Pro.S.S. cod. IBAN:

**I T 2 6 Q 0 5 3 8 7 2 2 2 0 0 0 0 0 0 0 8 3 2 3 3 6**

---

Il mancato versamento della quota determinerà il mancato avvio del servizio di assistenza domiciliare.

Crotone 07.04.2025

Il Direttore  
D.ssa Alba FUSTO



*Spett.le Co.Pro.S.S.  
Consorzio Provinciale per i Servizi Sociali  
Via Mario Nicoletta n. 28  
88900 Crotone*

---

**RICHIESTA ASSISTENZA DOMICILIARE**

COMUNE DI .....

**Il/la sottoscritto/a**

Nome e cognome.....

Residenza.....

Telefono.....

Data di nascita.....luogo.....Sesso M↑F↑

**DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO ( se diverso dal richiedente)**

Nome e cognome.....

Residenza.....

Telefono.....

Data di nascita.....luogo.....Sesso M↑F↑

**CHIEDE**

di usufruire del Servizio di Assistenza Domiciliare Disabili

A tal fine

**DICHIARA**

***Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e nella consapevolezza che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale, sotto la propria responsabilità***

Che il beneficiario è:

- Celibe/ Nubile
- Sposato/a
- Separato/a-Divorziato/a
- Vedovo/a
- Convivente
- Minore

è:

affetto dalla seguente patologia:

---

(Allegare certificato medico, certificato di invalidità e attestazione legge 104/92 se in possesso).

**è:**

perettore d' indennità di..... ( accompagnamento o alte indennità)

non è percettore indennità

(barrare con una X la casella corrispondente)

**Che il nucleo familiare è così composto:**

vive da solo, senza famiglia

vive da solo, con famiglia residente in altro comune

vive da solo, con famiglia residente nel comune

vive in compagnia del coniuge

vive in compagnia di altri

Numero di persone che convivono stabilmente.....

Vi sono altre persone con disabilità in famiglia? SI  NO

Che attualmente l'utente è assistito:

Da nessuno

Da un familiare ultrasessantacinquenne

Da altri operatori

indicare quale servizio .....

.....  
Da un solo familiare

Da più familiari

**allega:**

ISEE socio sanitario in corso di validità

Certificato medico che attesti la non autosufficienza a compiere gli atti quotidiani della vita

Attestazione dello stato di disabilità L.104 art. 3

Documento di riconoscimento in corso di validità

**Data**

**Firma**