



REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI SOCIALI E SOCIOSANITARIE PER LA DOMICILIARITÀ IN FAVORE DELLA POPOLAZIONE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA E LIMITATA AUTONOMIA.

(Approvato con Deliberazione dell'Assemblea dei Soci della Società della Salute n. 16 del 26/04/2016)

Articolo 1 - Oggetto e destinatari

1. L'oggetto del presente regolamento è la definizione di un sistema integrato e coordinato di prestazioni per la domiciliarità finalizzato a fornire:

- alla cittadinanza un insieme di servizi e prestazioni diversificate in relazione alla tipologia di bisogno espresso;
- ai servizi socio-sanitari professionali uno strumento più efficace per la costruzione e attuazione dei Piani Assistenziali.¹

2. Il sistema di prestazioni disegnato dal presente regolamento è rivolto:

- a) alla popolazione anziana e disabile in condizione di non autosufficienza (ai sensi della definizione di cui alla L.R. n. 66/08)
- b) alla popolazione anziana o disabile con limitata autonomia

3. Il presente regolamento è riservato ai cittadini residenti nei comuni della Società della Salute Pistoiese, di seguito denominata SDSP.

Articolo 2 - Principi generali

1. La finalità principale del sistema di prestazioni per la domiciliarità disegnato con il presente regolamento consiste nel prevenire, rimuovere o contenere le cause che limitano l'autonomia della persona, mirando a mantenerla nel proprio ambiente di vita, con l'obiettivo di limitare/ritardare processi di istituzionalizzazione o emarginazione e di sostenere l'azione di cura della famiglia.

2. Tale sistema opera anche attraverso la logica dei pacchetti coordinati di prestazioni. Il lavoro per pacchetti consente, da un lato, di definire e attuare Piani Assistenziali che siano costituiti da prestazioni coordinate e appropriate al bisogno, dall'altro, di determinare il livello di concorso alla copertura del valore economico con riferimento all'intero pacchetto nella sua complessità e non con riferimento alle singole prestazioni in modo distinto.

3. In questo senso, i pacchetti altro non sono che un complesso coordinato di prestazioni che l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), nell'ambito dei PAP dalla stessa elaborati, per le persone nella condizione di cui all'Art. 1 Comma 2a e dall'Assistente sociale, nell'ambito dei PA dalla stessa elaborati, le persone nella condizione di cui all'Art. 1 Comma 2b, individuano come necessari per rispondere a specifici bisogni e a determinati livelli di gravità della condizione di non autosufficienza. In questa logica, i possibili pacchetti sono potenzialmente tanti quante sono le possibili combinazioni tra le varie prestazioni per la domiciliarità, ivi compresa, ovviamente, la possibilità di definire singole prestazioni. Con apposito atto del Direttore della Società della Salute possono tuttavia essere individuati criteri e limiti nell'individuazione delle prestazioni da inserire nei Piani Assistenziali.

¹ Nel presente regolamento si intende per Piano Assistenziale Personalizzato (PAP) l'insieme degli interventi e delle prestazioni così come definite in sede di Unità di Valutazione Multiprofessionale; per Piano Assistenziale (PA) l'insieme degli interventi e delle prestazioni così come definite dall'Assistente sociale referente del caso.

4. I pacchetti, oltre ad essere costituiti da una combinazione delle prestazioni di cui al presente regolamento, possono ovviamente essere integrati e coordinati anche con ricoveri temporanei di sollievo in RSA, oltre che con interventi non considerati in questa sede, di natura sanitaria (come, ad esempio, servizi infermieristici o riabilitativi), in un'ottica di piena integrazione sociosanitaria e di completezza e unitarietà della risposta.

5. In tale contesto, assume un ruolo centrale la famiglia, la quale, quando presente, non va considerata in modo passivo, come mera percettrice di prestazioni, ma come fulcro stesso di una risposta articolata e responsabile rispetto ad una situazione complessa di bisogno individuale e familiare.

Articolo 3 – Prestazioni

1. Il presente regolamento è riferito ai servizi e alle prestazioni di seguito riepilogate:

- Assistenza Domiciliare diretta
- Contributo per Assistenza Domiciliare indiretta
- Contributi per Assistenti Familiari
- Centri Diurni
- Centri Diurni per disabili
- Pasti a domicilio
- Telesoccorso
- Trasporto Sociale

2. Criteri e aspetti organizzativi ed economici di dettaglio riferiti alle prestazioni in argomento potranno essere oggetto di ulteriore disciplina specifica nell'ambito degli accordi o delle convenzioni con soggetti gestori esterni o dei regolamenti o atti di organizzazione interna per la gestione dei servizi comunali e/o dell'Azienda Sanitaria e/o della Società della Salute.

Articolo 4 - Descrizione e caratteristiche del servizio di assistenza domiciliare diretta

1. Il servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) assicura una gamma di prestazioni assistenziali programmate mirate.

Per quanto riguarda le persone nella condizione di cui all'Art.1 Comma 2a:

- all'assistenza per l'igiene e la cura della persona nelle sue funzioni quotidiane;
- all'aiuto nella cura dell'ambiente domestico;
- al supporto logistico (disbrigo di pratiche, acquisto di generi alimentari, accompagnamento assistito, ecc.).

Per quanto riguarda le persone nella condizione di cui all'Art.1 Comma 2b:

- all'aiuto per stimolare il mantenimento ed il potenziamento delle funzionalità necessarie alla vita autonoma nel proprio domicilio;
- all'aiuto per incentivare le capacità latenti o parzialmente deteriorate necessarie alla gestione della vita quotidiana;
- all'aiuto per il governo della casa;
- all'aiuto per l'igiene e cura della persona;
- all'aiuto per il disbrigo di pratiche amministrative, visite mediche, commissioni, ecc.;
- a favorire la vita di relazione anche in collaborazione con le strutture e/o risorse del territorio

2. Il servizio ha una natura integrativa rispetto alle capacità e alle risorse personali e della rete familiare.

3. Il SAD può assicurare anche un'azione di tutoraggio, in considerazione delle condizioni di particolare debolezza dell'utente e della sua famiglia e, in favore di utenti con bisogno complesso, qualora il PAP preveda la necessità di garantire tale forma di supporto integrativo.

4. La dimensione del servizio e i bisogni da coprire sono definiti:

Per quanto riguarda le persone nella condizione di cui all'Art. 1 Comma 2a, nel PAP, in considerazione della natura integrativa di tale prestazione rispetto alle capacità e alle risorse personali e della rete familiare. E' fissato un limite massimo settimanale di ore erogabili pari a 12 (dodici) ore feriali e 2 (due) ore festive. L'ammissione al servizio avviene tramite la costituzione di una graduatoria, formata attraverso l'incrocio tra indice di adeguatezza ambientale (IACAd), isogravità e complessità infermieristica, secondo quanto stabilito nella tabella allegata (allegato 1).

Per quanto riguarda le persone nella condizione di cui all'Art. 1 Comma 2b, nel PA, in considerazione della condizione ambientale (valutazione delle rete assistenziale, economica di base e abitativa), del bisogno assistenziale rispetto alle necessità di cura della persona e del suo ambiente di vita. Tali componenti sono rilevate tramite la Scheda di rilevazione sociale (Allegato 2). La scheda definisce i punteggi parziali per i vari ambiti di analisi, fino ad un massimo di 46 punti, dove il punteggio 0 indica il massimo di prestazioni assistenziali ed il punteggio di 46 l'assenza di bisogno di tali prestazioni. Al termine della valutazione si otterrà un punteggio totale.

Sulla base del punteggio totale ottenuto, il bisogno assistenziale sarà collocato in una delle seguenti fasce:

- fascia bassa (punteggio da 46 a 32): in questa fascia si colloca un bisogno di assistenza leggero, al quale corrisponde una prestazione domiciliare fino ad un massimo di 4 ore settimanali;
- fascia media (punteggio da 31 a 16): in questa fascia si colloca un bisogno di assistenza medio, al quale corrisponde una prestazione domiciliare fino ad un massimo di 8 ore settimanali;
- fascia alta (punteggio da 15 a 0): in questa fascia si colloca un bisogno di assistenza alto, al quale corrisponde una prestazione domiciliare fino ad un massimo di 12 ore settimanali.

5. L'utente beneficiario del servizio è tenuto a collaborare per il pieno e corretto utilizzo, da parte dell'operatore domiciliare incaricato, degli strumenti predisposti per la registrazione degli interventi effettuati e della durata degli stessi, siano essi di natura cartacea o telematica.

6. Le assenze dell'utente devono inoltre essere comunicate tempestivamente all'ente erogatore, da parte dell'utente stesso o di chi ne fa le veci, con relativi motivi e durata prevista.

7. Per le persone nella condizione di cui all'Art. 1 Comma 2a, in situazioni di urgenza (a seguito di un evento acuto destabilizzante), per dare modo alla famiglia di organizzare le proprie risorse, può essere attivato un servizio di assistenza domiciliare, per un massimo di 15 giorni, per un costo complessivo non superiore a € 900,00, alle condizioni di cui ai successivi articoli 5 e 21 e seguenti.

Articolo 5 - Valore economico del servizio di assistenza domiciliare diretta

1. Il valore economico della prestazione è determinato con riferimento a una tariffa massima oraria il cui importo è definito sulla base dei contratti di appalto in essere. Il livello di compartecipazione rispetto alla tariffa massima è determinato in considerazione della situazione economica dell'utente, secondo le modalità di cui agli articoli 21 e seguenti.

2. Gli utenti sono tenuti al pagamento delle ore effettivamente fruite anche se di quantità diversa da quella prevista dai Piani Assistenziali, in ragione dell'importo orario di compartecipazione determinato. Il pagamento può essere richiesto anche in caso di interventi non effettuati per assenza dell'utente non comunicata al servizio entro le ore 14,00 del giorno precedente, fatta eccezione per le assenze dovute a ricovero ospedaliero non programmato e in caso di decesso dell'utente. Fatte salve le suddette eccezioni, la reiterata mancata comunicazione dell'assenza può determinare la cessazione o la revisione dei Piani Assistenziali.

Articolo 6 - Descrizione e caratteristiche dei contributi per assistenza domiciliare indiretta

1. La prestazione consiste nell'erogazione di contributi finalizzati a sostenere l'acquisto da parte dell'utente e/o della sua rete familiare di interventi paragonabili a quelli propri del servizio di assistenza domiciliare diretta di cui all'articolo 4.

2. Per quanto riguarda le persone nella condizione di cui all'Art. 1 Comma 2a, il PAP prevede le attività assistenziali da garantire con il contributo. La dimensione della prestazione e i bisogni da coprire sono definiti nel PAP, in considerazione della natura integrativa della prestazione stessa rispetto alle capacità e alle risorse personali e della rete familiare, nei limiti settimanali di 12 (dodici) ore feriali e 2 (due) festive. L'ammissione al servizio avviene tramite la costituzione di una graduatoria, formata attraverso l'incrocio tra indice di adeguatezza ambientale (IACAd), isogravità e complessità infermieristica, secondo quanto stabilito nella tabella allegata (allegato 1).

Per quanto riguarda le persone nella condizione di cui all'Art. 1 Comma 2b, il PA prevede le attività assistenziali da garantire con il contributo, la dimensione della prestazione e i bisogni da coprire, con le modalità di cui al comma 4 dell'art. 4 del presente regolamento.

3. Il contributo deve essere utilizzato per l'instaurazione di un rapporto di lavoro subordinato con persone terze che svolgono funzioni assistenziali o di collaborazione domestica, ovvero per l'acquisto di servizi analoghi da organizzazioni ed imprese. Sono esclusi i rapporti di lavoro subordinato con il coniuge, con il convivente more uxorio e con altri parenti tra quelli indicati all'articolo 433 del Codice Civile vigente e con persone conviventi, ad eccezione, in quest'ultimo caso, delle persone che convivono per espletare le funzioni di cura.

4. Le assenze dell'utente superiori a 15 giorni consecutivi devono inoltre essere comunicate tempestivamente all'ente erogatore, da parte dell'utente stesso o di chi ne fa le veci, con relativi motivi e durata prevista.

5. In caso di sospensione della prestazione, il contributo decorre nuovamente dal mese in cui le condizioni che hanno determinato la sospensione hanno termine o dal mese successivo, a seconda che ciò si verifichi rispettivamente entro o successivamente il giorno 15.

6. In caso di cessazione della prestazione, il contributo decade dal mese della cessazione stessa o dal mese successivo, a seconda che questa si verifichi rispettivamente entro o successivamente il giorno 15.

Articolo 7 - Valore economico dei contributi per assistenza domiciliare indiretta

1. Il valore economico della prestazione è determinato con riferimento al massimale di contribuzione oraria, pari al costo orario risultante dai contratti di appalto in essere per l'assistenza domiciliare diretta e al numero di ore previste dai Piani Assistenziali.

2. L'importo effettivo del contributo è determinato sulla base della situazione economica dell'utente, con le modalità di cui agli articoli 21 e seguenti. Il contributo viene erogato mensilmente per un importo complessivo pari all'importo orario effettivo per il numero di ore stabilito dai Piani Assistenziali.

Articolo 8 - Descrizione e caratteristiche dei contributi per assistenti familiari

1. La prestazione, riservata alle persone nella condizione di cui all'Art. 1 Comma 2a, consiste nell'erogazione di contributi economici finalizzati all'instaurazione di un rapporto di lavoro con un assistente familiare, con qualifica "Csuper", ovvero all'acquisto di servizi di assistenza a domicilio da organizzazioni ed imprese, nell'ambito di PAP di tipo domiciliare definiti dall'UVM.

2. Il contributo è erogato all'assistito sulla base del P.A.P. elaborato dall'U.V.M., che utilizzerà l'incrocio

delle valutazioni sociali e sanitarie per formare una graduatoria di priorità, sulla base della quale verranno erogati i contributi, secondo quanto stabilito nella tabella allegata (allegato 1).

3. Il livello di isogravità e di IACAd è definito con le modalità previste dal progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente approvato con deliberazione della Giunta Regionale n. 370/10, è attribuito dalla UVM e indicato nel PAP.

4. Agli importi di cui al comma 1 dell'art. 9 è possibile derogare nel caso in cui il servizio sia l'unica alternativa al ricovero permanente in RSA e nel caso in cui l'attivazione della prestazione avvenga a seguito di uscita da progetti speciali regionali. Le deroghe sono autorizzate dal Direttore della Società della Salute.

5. Il contributo deve essere utilizzato obbligatoriamente per l'instaurazione di un rapporto di lavoro subordinato con persone terze che svolgono funzioni di assistente familiare con qualifica Csuper, nel rispetto dei Contratti Collettivi di lavoro vigenti e dalle norme che regolano la materia, ovvero per l'acquisto di servizi analoghi da organizzazioni ed imprese che applichino integralmente tali contratti. Sono esclusi i rapporti di lavoro subordinato con il coniuge, il convivente more uxorio e le persone di cui all'articolo 433 del codice civile vigente.

6. La sussistenza delle suddette condizioni relative ai contratti di lavoro o di acquisto di servizi deve essere dichiarata, ai sensi dell'articolo 47 del DPR 445/00, dal beneficiario, da chi lo rappresenta legalmente o dal familiare titolare del rapporto di lavoro per conto del beneficiario stesso, entro 30 giorni dalla data in cui viene richiesta la relativa documentazione. Il contributo decorre dal mese in cui viene verificata positivamente tale condizione o dal mese successivo alla verifica positiva delle condizioni dichiarate. Nel caso in cui la verifica, effettuata nei tempi su indicati, abbia esito negativo, la scadenza può essere prorogata, dietro motivata richiesta da parte dell'utente, per un massimo di ulteriori 30 giorni, trascorsi i quali, se il mancato adempimento persiste, la prestazione viene revocata.

7. Allo scopo di consentire un monitoraggio sugli Assistenti Familiari coinvolti, gli utenti comunicano tempestivamente alla SDSP i riferimenti identificativi delle persone assunte (nominativo, data di nascita, qualificazione, ecc.), il loro eventuale licenziamento e le loro eventuali sostituzioni.

8. Le assenze dell'utente superiori a 30 giorni consecutivi devono inoltre essere comunicate tempestivamente alla SDSP da parte dell'utente stesso o di chi ne fa le veci, con relativi motivi e durata prevista, ai fini della valutazione del mantenimento del contributo.

9. In caso di sospensione della prestazione, il contributo decorre nuovamente dal mese in cui le condizioni che hanno determinato la sospensione hanno termine o dal mese successivo, a seconda che ciò si verifichi rispettivamente entro o successivamente il giorno 15. In caso di cessazione della prestazione, il contributo decade dal mese della cessazione stessa o dal mese successivo, a seconda che questa si verifichi rispettivamente entro o successivamente il giorno 15.

Articolo 9 - Valore economico dei contributi per assistenti familiari

1. Il valore economico della prestazione è rappresentato dai massimali di contribuzione mensile definiti con apposito atto della Giunta Esecutiva della Società della Salute in riferimento ai diversi livelli di priorità di cui al comma 2 del precedente articolo 8.

2. L'importo effettivo del contributo è calcolato sulla base della situazione economica dell'utente, determinata secondo le modalità di cui agli articoli 21 e seguenti.

3. L'importo del contributo non può comunque eccedere il valore della spesa determinata dai contratti instaurati per l'acquisto di servizi di assistenza familiare – ivi compresa, in caso di contratto di lavoro individuale con Assistenti Familiari conviventi, una quota equivalente al totale dell'indennità mensile

sostitutiva di vitto e alloggio prevista dai contratti collettivi.

Articolo 10 - Descrizione e caratteristiche dei centri diurni

1. Il Centro Diurno è una struttura semiresidenziale che, anche grazie all'integrazione con altri servizi, offre un qualificato riferimento assistenziale, educativo e relazionale in grado di garantire un'ampia risposta al bisogno sociosanitario dell'utente, alleggerendo il carico assistenziale che grava sulla rete familiare e consentendo il mantenimento dell'utente nel proprio contesto di vita abituale.

2. Sono previste tre tipologie di Centri Diurni:

- a) Centri Diurni per anziani non autosufficienti;
- b) Centri Diurni per persone affette da disturbi neuro – cognitivi;
- c) Centri Diurni per disabili.

3. Il numero di giorni di frequenza viene programmato, per quanto riguarda le persone nella condizione di cui all'Art. 1 Comma 2a, dall'UVM. Su valutazione dell'UVM stessa, si può inizialmente attivare il servizio per un numero di giorni inferiore rispetto alla dimensione effettiva programmata, in presenza dell'opportunità di avviare il servizio tempestivamente, anche in assenza della quantità di risorse (posti liberi) necessarie a coprirlo interamente.

Per quanto riguarda le persone nella condizione di cui all'Art. 1 Comma 2b, è definito nel PA, in accordo con l'assistito e con la famiglia.

4. L'inserimento viene effettuato sulla base del P.A.P. elaborato dall'U.V.M., che utilizzerà l'incrocio delle valutazioni sociali e sanitarie per formare una graduatoria di priorità secondo quanto stabilito nella tabella allegata (allegato 1).

5. Le assenze dell'utente devono inoltre essere comunicate tempestivamente all'ente erogatore, da parte dell'utente stesso o di chi ne fa le veci, con relativi motivi e durata prevista.

Articolo 11 - Valore economico dei centri diurni

1. Il valore economico della prestazione è determinato con riferimento alla quota sociale delle rette giornaliere, i cui importi sono definiti con apposito atto della Giunta Esecutiva. L'importo della quota sanitaria della retta giornaliera, laddove previsto, è interamente a carico dell'Azienda Sanitaria o di eventuali fondi sociosanitari integrati, mentre per il pagamento della quota sociale l'utente può beneficiare di un intervento economico integrativo o di un abbattimento della quota sociale, il cui importo è calcolato sulla base della sua situazione economica e del conseguente livello di concorso a carico dell'utente, secondo le modalità di cui agli articoli 21 e seguenti.

2. In caso di titolarità da parte della persona assistita, alla data di presentazione dell'istanza di calcolo, di indennità derivanti da una delle condizioni di cui alla colonna "Non autosufficienza" della tabella rappresentata all'allegato 3 del D.P.C.M. 159/2013, alla Quota utente giornaliera, calcolata ai sensi degli articoli 21 e seguenti, si somma un importo giornaliero definito con apposito atto della Giunta Esecutiva.

3. L'intervento economico integrativo viene versato direttamente alla struttura interessata nei limiti delle giornate autorizzate.

Articolo 12 – Descrizione e caratteristiche del servizio pasti a domicilio

1. Il servizio si pone come risorsa integrativa della gamma delle prestazioni finalizzate a sostenere la domiciliarità delle persone non autosufficienti e con limitata autonomia e consiste nella consegna presso l'abitazione dell'utente di pasti preparati in centri specializzati e distribuiti tramite idonei mezzi di trasporto. Il servizio assicura la consegna di pasti per il pranzo. Il servizio consente, grazie al contatto, di

norma quotidiano, con gli operatori addetti alla consegna, anche un'azione di sorveglianza costante delle condizioni degli utenti.

2. Le assenze dell'utente devono inoltre essere comunicate tempestivamente all'ente erogatore, da parte dell'utente stesso o di chi ne fa le veci, con relativi motivi e durata prevista.

Articolo 13 - Destinatari del servizio pasti a domicilio

1. Il servizio è rivolto a quelle persone le cui precarie condizioni di autonomia e di solitudine impediscono la normale gestione autonoma della preparazione dei pasti e ha pertanto lo scopo di garantirne la corretta alimentazione.

2. Tale servizio può essere anche inserito in un percorso di aiuto ad integrazione di altri interventi domiciliari di sostegno all'autonomia della persona.

3. L'erogazione di tale servizio è subordinata alla valutazione della rete individuale primaria, che tenga conto di tutte le risorse anche economiche del richiedente e dell'impossibilità dei familiari di provvedere al soddisfacimento del bisogno.

Articolo 14 - Valore economico del servizio pasti a domicilio

1. Il valore economico della prestazione è determinato con riferimento alla tariffa massima per pasto il cui importo è definito con apposito atto dell'ente erogatore. Il livello di compartecipazione rispetto alla tariffa massima è determinato in considerazione della situazione economica dell'utente, secondo le modalità di cui agli articoli 21 e seguenti.

2. In aggiunta alla tariffa dovuta per il servizio di consegna a domicilio, così come definita a seguito del calcolo del livello di compartecipazione, la SDSP si riserva di determinare, con apposito atto dell'ente erogatore, una quota fissa a carico dell'utente, non soggetta ad agevolazioni, a copertura parziale o totale del costo di fornitura del pasto da consegnare.

Articolo 15 - Descrizione e caratteristiche del servizio di telesoccorso

1. Il servizio, basato sulla gestione di collegamenti remoti tra terminali periferici installati presso il domicilio dell'utente e una centrale operativa, ha la finalità, in stretta collaborazione con la rete dei servizi socio-sanitari pubblici, privati e di volontariato, di permettere alle persone in condizioni di età avanzata, di non autosufficienza, di limitata autonomia fisica e/o sensoriale o di isolamento relazionale, di rimanere al proprio domicilio in condizioni di sicurezza e serenità.

2. L'attivazione del servizio può avvenire tramite richiesta al competente servizio sociale, se nell'ambito di un PA definito in favore dell'utente interessato.

3. L'attivazione e il successivo funzionamento del servizio sono comunque condizionati dalla sussistenza, presso il domicilio del richiedente, delle necessarie condizioni tecniche per il corretto funzionamento del servizio, nonché della sufficiente disponibilità di collegamenti concedibili.

4. Le assenze dell'utente devono inoltre essere comunicate tempestivamente all'Amministrazione e all'ente erogatore, se diverso, da parte dell'utente stesso o di chi ne fa le veci, con relativi motivi e durata prevista.

Articolo 16 - Destinatari del servizio di telesoccorso

1. Il servizio è rivolto a persone adulte o anziane con particolari patologie e/o in condizioni di solitudine

o disagio sociale.

Articolo 17 - Valore economico del servizio di telesoccorso

1. Il valore economico della prestazione è determinato con riferimento al canone massimo mensile di ciascun modulo, il cui importo è definito sulla base dei contratti di fornitura in essere. Il livello di compartecipazione rispetto al canone massimo è determinato in considerazione della situazione economica dell'utente, secondo le modalità di cui agli articoli 21 e seguenti

Articolo 18 - Descrizione e caratteristiche del servizio di trasporto sociale

1. Il servizio di Trasporto Sociale è finalizzato a garantire lo spostamento di persone con ridotta mobilità o incapaci di muoversi autonomamente (anziani soli senza o con inadeguate risorse familiari, disabili con accertamento di handicap, minori con inadeguate risorse familiari e adulti soli che si trovano in particolari condizioni socio-sanitarie), che viene fornito anche in forma assistita, se necessario.

2. Di norma viene limitato al territorio della Zona Pistoiese, salvo casi da valutare di volta in volta dal Servizio Sociale Professionale.

3. E' previsto per un massimo di due viaggi A/R alla settimana, fatti salvi specifici interventi legati a progetti personalizzati.

Articolo 19 - Destinatari del servizio di trasporto sociale

1. Gli interventi sono subordinati all'effettiva disponibilità di automezzi e di risorse umane ed economiche e, pertanto, sarà data la priorità di accesso nell'ordine seguente:

- anziani non autosufficienti e disabili in stato di gravità (L.R. 66/2008);
- anziani con limitata autonomia e disabili con certificazione di handicap ai sensi della L. 104/92, che vivono soli senza o con inadeguate o impossibilitate risorse familiari;
- adulti soli che si trovino temporaneamente in condizioni socio-sanitarie di particolare gravità.

Articolo 20 - Valore economico del servizio di trasporto sociale

1. Il valore economico della prestazione è determinato con riferimento al costo di ciascun servizio, il cui importo è definito sulla base dei contratti di fornitura e delle convenzioni in essere. Il livello di compartecipazione rispetto al costo massimo è determinato in considerazione della situazione economica dell'utente, secondo le modalità di cui agli articoli 21 e seguenti.

Articolo 21 - Concorso del titolare dei Piani Assistenziali alla copertura del valore economico del pacchetto di prestazioni sociali agevolate

1. Il pacchetto di prestazioni derivante dalla definizione dei Piani Assistenziali può comporsi sia di servizi erogati in natura, che di interventi economici.

2. Il concorso del titolare del PAP alla copertura del valore economico del pacchetto di prestazioni può quindi avvenire sia sotto forma di compartecipazione al loro costo (nel caso di servizi), che di riduzione dell'importo degli interventi economici concessi rispetto al loro valore massimo stabilito.

3. Ai sensi dell'articolo 47 della legge regionale n. 41/05 e ss.mm.ii, il concorso è determinato in dipendenza dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE), così come definito e disciplinato dal DPCM n. 159/13.

4. In caso di prestazioni di natura sociosanitaria riconducibili alla definizione di cui all'articolo 1, comma

1, lettera f), del DPCM n. 159/13, l'ISEE è determinato con riferimento alle modalità di cui all'articolo 6 del DPCM stesso.

5. Il livello di concorso alla copertura del valore economico del pacchetto di prestazioni viene determinato a seguito di apposita istanza contenente dichiarazioni ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00 in merito all'ISEE in corso di validità e alle ulteriori informazioni che dovessero risultare necessarie.

6. Il valore economico del pacchetto di prestazioni è pari alla somma del valore economico di ciascun servizio o intervento economico in esso contenuto, tenuto conto delle unità di prestazione previste dai Piani Assistenziali e con riferimento alle tariffe e ai massimali di intervento economico previsti per le singole prestazioni.

7. Qualora, per la dimensione della relativa lista d'attesa, tutte le prestazioni previste dal pacchetto e le eventuali prestazioni alternative non potessero essere presumibilmente attivate entro 60 giorni dalla data di accettazione dei Piani Assistenziali, la determinazione del livello di concorso potrà essere posticipata al momento della possibile attivazione di almeno una prestazione.

8. Qualora per ragioni di urgenza, adeguatamente motivate, la persona assistita non avesse la possibilità di presentare le dichiarazioni necessarie per il calcolo del livello di concorso alla copertura del valore economico del pacchetto prima dell'avvio delle prestazioni, la Società della salute pistoiese (o il comune nella fase transitoria) riconosce un'agevolazione provvisoria pari all'intero valore delle prestazioni stesse per un periodo massimo di 60 giorni, trascorsi i quali, in assenza delle suddette dichiarazioni, l'intero valore viene considerato a carico della persona assistita. L'intervento si configura come anticipazione che la persona assistita è tenuta a rimborsare una volta che è stato determinato il livello di concorso a suo carico. Il presente comma non si applica alle prestazioni che prevedono l'erogazione di contributi economici.

9. Qualora prima dell'avvio delle prestazioni la persona assistita non fosse in grado di produrre le dichiarazioni necessarie per il calcolo del livello di concorso alla copertura del valore economico del pacchetto, non viene riconosciuta nessuna agevolazione, salvo conguaglio alla presentazione delle necessarie dichiarazioni.

Articolo 22 - Modalità di calcolo della prestazione sociale agevolata

1. Il concorso del titolare dei Piani Assistenziali alla copertura del valore economico del pacchetto di prestazioni nel periodo di riferimento avviene a partire da valori ISEE superiori al 125% dell'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS (soglia di esenzione), salvo diverso valore deliberato annualmente dalla Giunta Esecutiva della SDSP.

2. Il titolare dei Piani Assistenziali è tenuto alla copertura dell'intero valore economico del pacchetto di prestazioni in caso di ISEE superiore ad un importo pari a 4 volte l'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS (soglia di massimo concorso), salvo diverso valore deliberato annualmente dalla Giunta Esecutiva della SDSP. Il titolare del PAP è altresì tenuto alla copertura dell'intero valore economico del pacchetto di prestazioni (in caso di contributi ciò implica l'azzeramento dei relativi importi) qualora disponga di un valore dell'Indicatore della Situazione Patrimoniale Equivalente (ISPE) (calcolato dividendo il valore dell'Indicatore della Situazione Patrimoniale - ISP - per il coefficiente della scala di equivalenza relativo al nucleo familiare) superiore all'importo stabilito con atto della Giunta Esecutiva della Società della Salute.

3. Per valori ISEE compresi tra la soglia di esenzione e quella di massimo concorso, il titolare del PAP concorre alla copertura del valore economico del pacchetto di prestazioni in misura proporzionale, secondo un coefficiente determinato rapportando la differenza tra l'ISEE e la soglia di esenzione alla differenza tra la soglia di massimo concorso e la soglia di esenzione, come rappresentato nella formula

seguinte:

ISEE – soglia di esenzione

soglia di massimo concorso – soglia di esenzione

4. Il concorso del titolare del PAP per unità di prestazione (ora di assistenza domiciliare, retta giornaliera del centro diurno, importo mensile del contributo per assistenti familiari, ecc.) viene determinato moltiplicando il coefficiente calcolato con le modalità suddette per lo specifico valore economico unitario di ciascuna prestazione componente il pacchetto. Tale importo è poi arrotondato per difetto al multiplo di 25 centesimi di euro più vicino.

5. Il concorso del titolare del PAP rispetto a una specifica prestazione sarà considerato pari a zero, qualora dal calcolo effettuato emergesse che il relativo livello su base annua è quantificabile in base alla dimensione programmata in un importo inferiore a quello definito con apposito atto della Giunta Esecutiva.

Articolo 23 - Presenza di più assistiti nel nucleo familiare

1. Qualora risultino, anche in tempi diversi, beneficiari di pacchetti di prestazioni di cui al presente regolamento più persone appartenenti allo stesso nucleo familiare, così come risultante dall'elenco dei componenti indicati nella dichiarazione sostitutiva unica relativa all'ISEE utilizzato ai fini del calcolo, il concorso alla copertura del suo valore economico viene calcolato riconducendo a un unico pacchetto le prestazioni assegnate ai componenti interessati.

2. Limitatamente al contributo per assistente familiare, qualora risultino più assistiti con stesso rapporto di lavoro con unico assistente familiare, il contributo è erogato al componente avente diritto all'importo più alto. In caso di decesso del beneficiario subentra l'altro componente con l'importo calcolato in base al proprio livello di priorità.

Articolo 24 - Liste d'attesa

1. Per quanto riguarda le persone nella condizione di cui all'Art. 1 Comma 2a, per le prestazioni *Assistenza Domiciliare Diretta ed Indiretta* e *Contributo per Assistente Familiare* e per i *Centri Diurni*, in caso di temporanea indisponibilità di risorse o di disponibilità finanziaria per una o più prestazioni componenti il pacchetto, l'utente sarà collocato in una lista d'attesa per l'attivazione effettiva delle singole prestazioni non disponibili, secondo una graduatoria redatta con i punteggi della tabella di cui all'allegato 1) al presente regolamento.

2. In caso di parità, la posizione in graduatoria è determinata secondo l'ordine cronologico di definizione del PAP da parte dell'UVM. In caso di ulteriore parità avranno la precedenza le persone più anziane d'età.

3. In casi eccezionali, in base alla valutazione dell'UVM potranno essere effettuati attivazioni in deroga alla lista d'attesa, con adeguata motivazione che evidenzia l'imprescindibilità, l'urgenza e l'indifferibilità della prestazione.

Articolo 25 - Durata delle prestazioni e del livello di concorso e motivi di cessazione o sospensione

1. Le prestazioni previste dai Piani Assistenziali decorreranno dalla data in cui effettivamente erogate e avranno una durata non eccedente la scadenza dei Piani Assistenziali, se stabilita.

2. Laddove ne sia derivata l'effettiva erogazione di una prestazione sociale agevolata, il livello di concorso dell'utente alla copertura del valore economico del pacchetto di prestazioni deve essere rideterminato, secondo le modalità indicate ai precedenti articoli 21 e seguenti, ogni anno, entro il 30 aprile, con validità

per i 12 mesi successivi.

3. Il livello di concorso dell'utente alla copertura del valore economico del pacchetto di prestazioni potrà comunque essere rideterminato in qualsiasi momento dietro istanza presentata dall'utente stesso o da chi ne esercita la tutela giuridica e collegata a un ISEE in corso di validità. In questo caso l'importo aggiornato del livello di concorso avrà decorrenza dal primo del mese successivo alla data di richiesta.

4. Tutte le prestazioni di cui al presente regolamento verranno cessate o non attivate nei seguenti casi:

- decesso dell'utente;
- ricovero definitivo dell'utente in strutture residenziali (Residenze Sanitarie Assistenziali, Residenze Assistite o altre strutture assimilabili);
- mancato rispetto dei vincoli posti dal presente regolamento;
- trasferimento di residenza dell'utente in Comune diverso da uno di quelli della Società della Salute Pistoiese;
- modifica del PAP in conseguenza di un eventuale mutamento della condizione di bisogno sociosanitario dell'utente, a partire dal momento di effettiva erogazione delle nuove prestazioni;
- cessazione del PAP a seguito di apposita valutazione in merito da parte dei servizi competenti.

5. Le prestazioni potranno essere cessate anche in caso di persistente morosità nei pagamenti degli importi previsti per il concorso al valore economico del pacchetto e fatte le dovute valutazioni rispetto alle condizioni sociosanitarie e familiari.

6. Per quanto riguarda le persone nella condizione di cui all'Art. 1 Comma 2a, le prestazioni potranno essere inoltre cessate o sospese nei seguenti casi:

Prestazione	Ulteriori cause di cessazione	Cause di sospensione
<i>Servizio di Assistenza Domiciliare Diretta</i>	- Assenza dell'utente superiore a 60 giorni consecutivi per motivi diversi da ricovero ospedaliero, ricovero temporaneo in strutture residenziali o attivazione di percorsi di riabilitazione o cure intermedie o altri adeguati motivi d'assenza.	- Assenza dell'utente.
<i>Assistenza Domiciliare Indiretta</i>	- Assenza dell'utente superiore a 60 giorni consecutivi per motivi diversi da ricovero ospedaliero, ricovero temporaneo in strutture residenziali o attivazione di percorsi di riabilitazione o cure intermedie o altri adeguati motivi d'assenza. - Assenza di un regolare contratto di lavoro con persone terze che svolgono funzioni assistenziali o di collaborazione domestica o di un contratto d'acquisto di servizi analoghi da organizzazioni o imprese oltre i termini di sospensione previsti. - Mancata presentazione dell'istanza di rideterminazione del livello di concorso alla copertura del valore economico del pacchetto per un periodo che oltrepassa i termini di sospensione.	- Assenza dell'utente superiore a 15 giorni consecutivi. Per le assenze che riguardano solo una parte del mese il contributo viene ridotto in proporzione. - Interruzione superiore a un mese della presenza, tramite regolare contratto di lavoro o acquisto servizi, di persone terze che svolgono funzioni assistenziali o di collaborazione domestica. La sospensione dura fino al momento del rientro dell'assistente o il subentro di un nuovo contratto, condizione che deve realizzarsi entro un massimo di ulteriori due mesi, trascorsi i quali, se la condizione persiste, la prestazione viene cessata. - Mancata presentazione dell'istanza di determinazione del livello di concorso alla copertura del valore economico del

	- Assenza dell'utente superiore a 15 giorni consecutivi. Per le assenze che riguardano solo una parte del mese il contributo viene ridotto in proporzione.	pacchetto precedentemente all'avvio della prestazione o mancata presentazione entro i termini previsti dell'istanza di rideterminazione annuale del livello di concorso stesso. La sospensione dura al massimo due mesi, oltre i quali la prestazione viene cessata.
<i>Contributo per Assistenti Familiari</i>	<p>- Assenza di un regolare contratto di lavoro con un Assistente Familiare o di acquisto di servizi analoghi da organizzazioni o imprese oltre i termini di sospensione previsti.</p> <p>- Verificata inadempienza rispetto agli oneri previdenziali e assicurativi, qualora non sanata entro 60 giorni dalla verifica.</p> <p>- Mancata presentazione dell'istanza di rideterminazione del livello di concorso alla copertura del valore economico del pacchetto per un periodo che oltrepassa i termini di sospensione</p>	<p>- Ricovero ospedaliero o nell'ambito di percorsi di riabilitazione o cure intermedie, ricovero temporaneo in strutture residenziali, o altri adeguati motivi d'assenza, per periodi superiori a 30 giorni consecutivi e limitatamente al periodo eccedente i 30 giorni stessi. Per le mensilità coperte solo in parte dal ricovero o altri adeguati motivi d'assenza, il contributo mensile viene ridotto in proporzione.</p> <p>- Interruzione superiore a un mese della presenza, tramite regolare contratto di lavoro o acquisto servizi, di un Assistente Familiare. La sospensione dura fino al momento del rientro dell'Assistente Familiare o il subentro di un nuovo contratto, condizione che deve realizzarsi entro un massimo di ulteriori due mesi, trascorsi i quali, se la condizione persiste, la prestazione viene cessata.</p> <p>- Mancata presentazione dell'istanza di determinazione del livello di concorso alla copertura del valore economico del pacchetto precedentemente all'avvio della prestazione o mancata presentazione entro i termini previsti dell'istanza di rideterminazione annuale del livello di concorso stesso. La sospensione dura al massimo due mesi, oltre i quali la prestazione viene cessata.</p>
<i>Centri Diurni</i>	Assenza dell'utente superiore a 60 giorni consecutivi per motivi diversi da ricovero ospedaliero, ricovero temporaneo in strutture residenziali o attivazione di percorsi di riabilitazione o cure intermedie o altri adeguati motivi.	

Ai fini di quanto sopra stabilito, la condizione di temporaneità del ricovero in struttura residenziale è tale se indicata come tale nell'ambito del PAP.

Articolo 26 - Verifiche e controlli

1. Per verificare professionalmente l'attuazione e l'efficacia del percorso assistenziale i servizi territoriali competenti effettuano il monitoraggio e il controllo dei pacchetti attivati, anche in relazione alla

persistenza delle condizioni che hanno determinato i Piani Assistenziali.

2. In caso di contributo per assistenza domiciliare indiretta, per assistenti familiari, la concessione e la prosecuzione della prestazione sarà condizionata dalla sussistenza di un'adeguata copertura assistenziale delle necessità della persona interessata, che dovrà anche essere verificata da parte dei servizi territoriali competenti.

3. La Società della Salute pistoiese effettuerà controlli, anche a campione, sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva unica presentata per il calcolo dell'ISEE e delle altre dichiarazioni presentate per l'accesso alle prestazioni e la determinazione del concorso alla copertura del loro valore economico, secondo quanto previsto dalla normativa vigente e per gli effetti dalla stessa stabiliti.

4. La Società della Salute pistoiese si riserva infine di effettuare controlli in merito al rispetto di quant'altro previsto dal presente regolamento.

Articolo 27 – Rinvio

1. Per quanto non disciplinato nell'ambito del presente regolamento si fa riferimento alla normativa e agli atti di indirizzo e programmazione nazionali e regionali in vigore, nonché a eventuali altri atti in materia dei Comuni, dell'Azienda USL n. 3 di Pistoia e della Società della Salute Pistoiese.

Allegato 1)

Tabella dei codice di accesso alla graduatoria per l'assistenza domiciliare diretta ed indiretta

Profilo funzionale-cognitivo-comportamentale		ISO 1			ISO 2			ISO 3			ISO 4			ISO 5		
Profilo sanitario (complessità assistenza infermieristica)		bassa	media	alta	bassa	media	alta	bassa	media	alta	bassa	media	alta	bassa	media	alta
Adeguatezza condizione ambientale (IACAd)	Alta 18-26	20	20	19	18	17	16	16	15	14	13	12	10	8	8	8
	Media 8-17	20	19	19	17	16	15	11	10	9	7	6	5	4	3	2
	Bassa 0-7	18	18	17	12	14	13	7	6	5	4	2	2	2	1	1

Tabella dei codice di accesso alla graduatoria per Centri diurni – modulo base

Profilo funzionale-cognitivo-comportamentale		ISO 1			ISO 2			ISO 3			ISO 4			ISO 5		
Profilo sanitario (complessità assistenza infermieristica)		alta	media	bassa	alta	media	bassa	alta	media	bassa	alta	media	bassa	alta	media	bassa
Adeguatezza condizione ambientale (IACAd)	Alta 18-26	20	20	19	18	17	16	16	15	14	13	12	10	8	8	8
	Media 8-17	20	19	19	17	16	15	11	10	9	7	6	5	4	3	2
	Bassa 0-7	18	18	17	12	14	13	7	6	5	4	2	2	2	1	1

Tabella dei codice di accesso alla graduatoria per Centri diurni – modulo Alzheimer

Profilo funzionale-cognitivo-comportamentale		ISO 1		ISO 2		ISO 3		ISO 4		ISO 5	
Disturbi del comportamento/ stress caregiver		minori/	maggiori *	minori/ moderati	maggiori *	minori /moderati	maggiori	minori/ moderati	maggiori *	minori /moderati	maggiori *
Adeguatezza condizione ambientale (IACAd)	Alta 18-26	20	19	18	15	15	13	11	9	10	8
	Media 8-17	20	17	17	15	9	7	5	4	3	3
	Bassa 0-7	19	16	14	14	6	5	4	2	1	1

* soggetti che riportano alla scala MDS-HC un punteggio di 2 in almeno due item o un punteggio totale ≥ 5 .

Dati assistito

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____
 Cod. Fiscale _____ Residenza _____

VALUTAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE

A	B	C	D	E	F	G
Cognome e nome	Anno di nascita	Rapporto di parentela o tipo relazione	Con vivente (si/no)	Residenza: specificare Comune/Provincia o altro Stato)	Organizzatore responsabile assistenza (soggetto) NO 0 SI 12 PARZIALE 6 (specificare a/b/c/d/e vedi note esplicative FIGLIO UNICO / SOLO CONIUGE 4	Attuatore interventi (risorsa) (soggetto) NO 0 SI 8 PARZIALE 4 (specificare a/b/c/d/e vedi note esplicative FIGLIO UNICO / SOLO CONIUGE 6 ATTUATORE OCCASIONALE 2

Persona assistita (SI=pt 12 NO=pt0 PARZIALE=pt6)

COMPONENTI FAMIGLIA/CONVIVENTI/ADS/ALTRE FIGURE SIGNIFICATIVE

PUNTEGGIO TOTALE RETE ASSISTENZIALE (sommatoria colonne F+G) ____/20 (se più di 20 mettere 20)

² Questa scheda è una rielaborazione della scheda di valutazione sociale approvata dalla Regione Toscana con Decreto dirigenziale N. 2259 del 21.05.2012-

<p>Organizzatore responsabile dell'assistenza (SOGGETTO) Colonna F</p>	<p>È il caregiver principale che organizza e/o si assume la responsabilità del percorso assistenziale. Può essere anche l'Amministratore di Sostegno o l'assistito stesso. NO = 0 organizzatore assente SI = 12 organizzatore "adeguato" PARZIALE = 6 (Soggetto parzialmente "adeguato": vedi NOTE ESPLICATIVE per specificare tipologia) PUNTI 4 = figlio unico o coniuge/partner convivente solo, senza figli</p>
<p>Attuatore interventi (RISORSA) Colonna G</p>	<p>È la persona che potenzialmente è in grado di assumersi responsabilità operative e/o che risulta in grado di poterlo fare. NO = 0 risorsa assente SI = 8 risorsa "adeguata" PUNTI 6 = figlio unico o coniuge/partner convivente solo, senza figli. PARZIALE = 4 (risorsa parziale: vedi NOTE ESPLICATIVE per indicare la motivazione) PUNTI 2 = ATTUATORE OCCASIONALE (risorsa che interviene in forma esclusivamente occasionale)</p>
<p>NOTE ESPLICATIVE</p>	<p>NELLA COLONNA ATTUATORI I FIGLI VANNO SEMPRE REGISTRATI CON IL PUNTEGGIO MASSIMO, ANCHE SE NON RIVESTONO RUOLI ASSISTENZIALI, SALVO RICORRANO LE CONDIZIONI DI RIDUZIONE DEL PUNTEGGIO. Nel caso in cui gli organizzatori siano anche attuatori viene attribuito il punteggio in entrambi i campi (colonna F+G). In presenza di FIGLIO UNICO o CONIUGE PARTNER CONVIVENTE SENZA ALTRI SUPPORTI per l'assistenza, il punteggio massimo della Rete assistenziale è 10. I punteggi 0 o PARZIALE (Organizzatore/ Attuatore: colonne F e G) devono essere attribuiti solo se le problematiche esistenti ostacolano o compromettono l'intervento assistenziale. Per ogni singolo componente della rete deve essere esplicitata la motivazione del punteggio ridotto descrivendola anche nelle "Note sulla storia personale": a= grave conflitto b= grave problematica sociosanitaria certificata, propria, di conviventi o di più familiari da assistere (gravi disabilità, patologie psichiatriche, tossicodipendenza, demenza, patologie gravemente invalidanti, ...) c= età avanzata d= elevata distanza dall'anziano (specificare nelle note) e= altre figure familiari e non, che hanno un ruolo nell'assistenza sia come "Organizzatori" (es. Amministratore di Sostegno), sia come "Attuatori". Solo nel caso non siano presenti coniuge/figli, l'Assistente Familiare può avere un punteggio ed è, di norma, considerato Attuatore parziale.</p>

VALUTAZIONE DELLA CONDIZIONE ABITATIVA	
Condizioni igieniche e strutturali adeguate	SI 2 PARZIALE 1 NO 0
Servizi igienici adeguati	SI 1 NO 0
Barriere architettoniche	NO 3 SI esterne 1 SI interne 0 SI esterne + interne -1

PUNTEGGIO TOTALE CONDIZIONE ABITATIVA ____ / **6** (se più di 6 mettere 6)

NOTA BENE	L'abitazione da valutare è quella dove si attua o si attuerà l'eventuale progetto domiciliare. Nel caso di persone assolutamente prive di abitazione il punteggio corrisponderà a 0 / 10
Condizioni igieniche e strutturali adeguate	Valutazione di massima riguardo a una adeguata sanificazione dell'ambiente, struttura della casa (es. umidità), illuminazione, ventilazione, presenza impianto elettrico, termico, idraulico
Servizi igienici adeguati	Presenza di wc, lavandino, acqua calda, doccia, vasca e spazio interno fruibile dall'assistito. Le barriere di accesso al bagno (es. gradini) si registrano nel campo Barriere architettoniche
Barriere architettoniche	Si rileva la presenza di barriere architettoniche interne (es. nell'accesso al bagno) e/o esterne all'abitazione, che impediscono all'assistito la fruibilità degli spazi
Calcolo Indicatore Valutazione Condizione abitativa	Si calcola sommando e/o sottraendo i punteggi assegnati agli items se il totale è negativo andrà indicato il valore minimo = 0

TOTALE INDICATORE ADEGUATEZZA CONDIZIONE AMBIENTALE

RETE ASSISTENZIALE	____ / 20 Non Valutabile
CONDIZIONE ABITATIVA	____ / 6 Non Valutabile
TOTALE	____ / 26 Non Valutabile

NOTA: ricordarsi di verificare la presenza di redditi esenti ai fini della compartecipazione

VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI CAPACITA' / COPERTURA ASSISTENZIALE

(Cura diretta della persona, cura dell'ambiente di vita, cura delle relazioni)

CURA DIRETTA DELLA PERSONA								
	7-9	10-11	12-13	14-18	19-20	21-22	23-6	
BISOGNO	Alzata	Mattina	Pranzo	Pomeriggio	Cena	Rimessa a letto	Notte	
Assistenza fornita da familiare								
Assistenza fornita da volontario								
Assistenza fornita da personale a pagamento								
Assistenza fornita dal servizio pubblico (escluso ADA)								
BISOGNO COMPLETAMENTE SODDISFATTO o non presente	2	1	2	1	2	1	1	
BISOGNO PARZIALMENTE SODDISFATTO	1	0,5	1	0,5	1	0,5	0,5	
BISOGNO COMPLETAMENTE INSODDISFATTO	0	0	0	0	0	0	0	
TOTALE								
								TOT.

Il bisogno risulta non soddisfatto o parzialmente soddisfatto per:

- Carezza o inadeguatezza della rete Elevato stress assistenziale
 Atteggiamenti oppositivi dell'utente Frequente avvicendamento dell'Assistente Familiare
 Altro (specificare nelle note)

Cura Diretta della Persona	È il bisogno di assistenza della persona nello svolgimento delle attività di base della vita quotidiana, e di sorveglianza nelle fasce orarie diurne e/o notturna
Indicazioni per la compilazione	1) Se presente un bisogno, per ogni fascia oraria barrare la corrispondente casella 2) Procedere quindi alla rilevazione della copertura di assistenza fornita dai diversi soggetti per ogni fascia oraria (si possono indicare nelle caselle i giorni settimanali di copertura, es. 3/7) Nella fascia oraria notturna va valutato il bisogno di sorveglianza Ad ogni fascia oraria si attribuisce un punteggio in base ai diversi gradi di soddisfazione del bisogno

CURA DELL'AMBIENTE DI VITA		Il bisogno risulta non soddisfatto o parzialmente soddisfatto per:
BISOGNO		<input type="checkbox"/> Carenza o inadeguatezza della rete <input type="checkbox"/> Atteggiamenti oppositivi dell'utente <input type="checkbox"/> Altro (specificare nelle note)
Assistenza fornita da familiare		
Assistenza fornita da volontario		
Assistenza fornita da personale a pagamento		
Assistenza fornita dal servizio pubblico (escluso ADA)		
BISOGNO COMPLETAMENTE SODDISFATTO o non presente	5	
BISOGNO PARZIALMENTE SODDISFATTO	2	
BISOGNO COMPLETAMENTE INSODDISFATTO	0	
TOT.		

Cura dell'ambiente di vita	Sono i bisogni di tipo relazionale e legati al mantenimento degli scambi (sia al domicilio che fuori con l'ambiente esterno). Il bisogno si valuta sull'intera giornata attribuendo un punteggio in base ai diversi gradi di soddisfazione del bisogno.
----------------------------	---

RELAZIONI E ATTIVITA' DI SOCIALIZZAZIONE		Il bisogno risulta non soddisfatto o parzialmente soddisfatto per:
BISOGNO		<input type="checkbox"/> Carenza o inadeguatezza della rete <input type="checkbox"/> Atteggiamenti oppositivi dell'utente <input type="checkbox"/> Altro (specificare nelle note)
Assistenza fornita da familiare		
Assistenza fornita da volontario		
Assistenza fornita da personale a pagamento		
Assistenza fornita dal servizio pubblico (escluso ADA)		
BISOGNO COMPLETAMENTE SODDISFATTO o non presente	5	
BISOGNO PARZIALMENTE SODDISFATTO	2	
BISOGNO COMPLETAMENTE INSODDISFATTO	0	
TOT.		

Cura delle Relazioni e attività di socializzazione	Sono i bisogni di tipo relazionale e legati al mantenimento degli scambi (sia al domicilio che fuori con l'ambiente esterno). Il bisogno si valuta sull'intera giornata attribuendo un punteggio in base ai diversi gradi di soddisfazione del bisogno.
--	---

NOTE relative alla COPERTURA ASSISTENZIALE:

NOTE sulla storia personale ed altre informazioni utili per la definizione del Progetto

<p>NOTE sulla storia personale ed altre informazioni utili per la definizione del progetto</p>	<p>Rilevare tutto ciò che può essere utile ai fini di una corretta definizione del progetto d'intervento; es. eventuali note anamnestiche socio –familiari, problematiche di relazione familiare, modalità di funzionamento e capacità organizzativa della famiglia, legami solidali ed inserimento della persona/ famiglia nella rete sociale, interessi passati e attuali della persona, abitudini, stili di vita, presenza di dinamiche positive o negative con le persone coinvolte nell'assistenza. Indicare l'espressione di volontà dell'assistito, dei servizi richiesti da eventuali familiari e la proposta di PAP dell'AS che ha in carico il soggetto. Specificare SEMPRE la causa che ha determinato un punteggio ridotto (a/b/c/d/e) nel dominio Rete assistenziale o ciò che non ha permesso di valutare uno o più domini.</p>
--	---

SINTESI DELLA VALUTAZIONE SOCIALE

TOTALE INDICATORE ADEGUATEZZA CONDIZIONE AMBIENTALE	RETE ASSISTENZIALE	...../20	Non Valutabile	TOT
	CONDIZIONE ABITATIVA	...../6	Non Valutabile	...../26
LIVELLO CAPACITA'/ COPERTURA ASSISTENZIALE	CURA DELLA PERSONA	...../10	Non Valutabile	TOT
	CURA DELL'AMBIENTE DI VITA	...../5	Non Valutabile	...../20
	RELAZIONI/ SOCIALIZZAZIONE	...../5	Non Valutabile	
TOTALE				TOT ...../46

LA PERSONA E' CONSAPEVOLE DELLE PROPRIE NECESSITA' ASSISTENZIALI?	SI	
	IN PARTE	
	NO	

LA PERSONA COLLABORA ALLA STESURA DEL PROGETTO?	SI	
	IN PARTE	
	NO	

I DATI SONO STATI RACCOLTI TRAMITE COLLOQUI EFFETTUATI

A domicilio il..... Operatore Durata.....

A..... il..... Operatore..... Durata.....

DATA CHIUSURA SCHEDA

RUOLO / FIRMA OPERATORE

.....

.....