

COMUNE DI RONCO BRIANTINO

Provincia di Monza e della Brianza

REGOLAMENTO ASSISTENZA DOMICILIARE TERRITORIALE

Approvato con deliberazione di C.C. n. 11 del 07/04/2014

Modificato con deliberazione di C.C. n. 39 del 10/12/2018

SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE TERRITORIALE REGOLAMENTO

1. FINALITÀ

Il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) ha la finalità di:

- consentire alla persona di preservare la propria autonomia di vita, nella propria abitazione e nel relativo ambiente familiare e sociale, nei casi in cui questa venga a trovarsi nell'impossibilità di provvedere autonomamente a se stessa, senza poter contare sull'aiuto adeguato di familiari e/o parenti o venga comunque a trovarsi in uno stato di necessità che ne compromette il benessere;
- mantenere e ove possibile migliorare la qualità della vita e delle capacità residue;
- sostenere i familiari e le persone che garantiscono la continuità di cura;
- offrire spazi di relazione, nel corso dello svolgimento delle attività di assistenza, al fine di favorire l'integrazione sociale della persona e la partecipazione dei suoi familiari;
- evitare ricoveri impropri o ritardare ricoveri in istituto o ospedalizzazioni non strettamente necessarie;
- favorire l'integrazione delle risorse presenti sociali e sanitarie, istituzionali e non, in grado di concorrere al mantenimento dell'autonomia della persona.

2. DESTINATARI

Il servizio è destinato a persone residenti o domiciliate nel Comune ed è rivolto in particolare a:

- persone non autosufficienti purché in presenza di n familiare/care giver che garantisca la continuità assistenziale;
- persone parzialmente autosufficienti, sole o prive di adeguata assistenza da parte dei familiari;
- nuclei familiari con disabili, minori o soggetti fragili che presentino situazioni di disagio sociale, anche temporaneo.

3. MODALITA' di ACCESSO

Possono accedere al Servizio le persone di cui al precedente articolo previa presentazione di apposita domanda compilata in sede di colloquio presso l'Ufficio Servizi sociali.

La richiesta (*allegato 1*) può essere presentata dall'interessato, da un suo familiare o avviata d'ufficio sulla base di segnalazione pervenuta al servizio.

Le richieste vengono valutate in base ai seguenti fattori:

- urgenza (dimissioni ospedaliere o situazione di emergenza socio-sanitaria);
- presenza di un elevato carico di cura in relazione al grado di non autosufficienza;
- condizione di solitudine o di isolamento sociale;
- presenza/assenza di familiari o di personale di assistenza;
- tipo di intervento richiesto;
- situazione socio-economica;
- data di presentazione della domanda.

L'assistente sociale valuta l'ammissibilità della richiesta ed effettua una visita domiciliare al fine di raccogliere ulteriori informazioni, verificare il bisogno, valutare il grado di autonomia della persona, le caratteristiche della rete familiare, assistenziale e del contesto abitativo; definisce quindi il Piano di Assistenza Individuale (*allegato 2*).

L'accesso è garantito sulla base delle risorse economiche disponibili e di una eventuale lista di attesa di cui al punto 10.

4. TIPOLOGIA delle PRESTAZIONI

Le prestazioni di assistenza domiciliare:

- sono erogate sulla base di un piano di assistenza individuale valutata la richiesta della persona/familiare;
- per una durata definita dall'assistente sociale in relazione alle esigenze ed alle necessità della persona/famiglia in relazione alle risorse economiche del bilancio comunale;
- prevedono una compartecipazione ai costi.

Il Servizio comprende le seguenti prestazioni declinabili in relazione alla durata:

a) Attività di assistenza alla cura della persona

- a.1 Igiene e cura della persona (prestazione da 30' – 50' – 80')
- a.2 Bagno o doccia assistiti (prestazione da 50' – 80')
- a.3 Alzata dal letto, rimessa a letto e mobilizzazione (prestazione da 30')

Tali attività sono considerate prioritarie e costituiscono le prestazioni essenziali del PAI.

b) Attività di assistenza nelle funzioni della vita quotidiana

- b.1 Preparazione pasto con assistenza all'assunzione e riordino cucina (prestazione da 50' – 80')
- b.2 Consegna/ritiro del pasto con assistenza all'assunzione (prestazione da 50' – 80')

c) Attività di assistenza per l'igiene e il riordino dell'abitazione

- c.1 Igiene e riordino dell'ambiente, con particolare attenzione ai locali più igienicamente a rischio cucina – bagno (prestazione da 30' – 50')
- c.2 Supporto nella gestione domestica /prestazioni di lavanderia e stireria all'interno dell'abitazione (prestazione da 30' – 50')
- c.3 Servizio di lavanderia e stireria esterni, comunale o in convenzione, se presenti (prestazione da 30' – 50')

d) Altre attività

- d.1 Accompagnamento o svolgimento di attività all'esterno dell'abitazione (spesa, visite mediche, disbrigo pratiche) in assenza di familiari o rete di supporto. Tale attività viene erogata solo nei casi in cui l'utente non sia in grado di recarvisi da solo e non possa provvedervi con l'aiuto di familiari o conoscenti (prestazione da 30' – 50' – 80')
- d.2 Compagnia / sollievo all'assistenza dei famigliari (prestazione da 50' – 80')
- d.3 Tutoring ad assistente familiare previa verifica dell'esistenza di un regolare contratto di lavoro (prestazione da 30' – 50')

Le attività di assistenza per l'igiene e il riordino dell'abitazione e per l'accompagnamento o lo svolgimento di attività esterne possono essere erogate solo se rientranti in un piano generale di assistenza che comprenda anche interventi rivolti alla cura della persona di cui al punto 4 a) e b). Se sono l'unico intervento richiesto, di norma non vengono erogati, salvo casi di particolare fragilità individuati dal Servizio sociale (persone con patologia psichiatrica, persone inabili sole o in coppia, prive di aiuti parentali e con situazione economica inadeguata etc.).

5. DEFINIZIONE del PROGRAMMA ASSISTENZIALE di INTERVENTO

Titolare degli interventi è il Servizio sociale del Comune, cui compete la gestione del Servizio, oggetto del presente Regolamento. La valutazione dello stato di bisogno è condotta dall'assistente sociale comunale e rappresenta il primo passaggio per la definizione di programma assistenziale coerente di intervento, tenuto conto della richiesta.

L'assistente sociale comunale, entro sette giorni lavorativi dal ricevimento della richiesta (solo se accoglibile, in assenza di lista d'attesa e salvo diversi accordi con il richiedente/familiare) definisce il Piano di Assistenza Individuale, indicando il tipo di intervento, la frequenza e la durata complessiva.

La concreta declinazione operativa degli interventi - orari, personale, modalità di erogazione delle prestazioni - è effettuata successivamente dal referente del soggetto accreditato scelto dal beneficiario.

Il Piano Assistenziale Individuale, redatto in forma scritta e sottoscritto dalla persona/familiare e dall'assistente sociale comunale:

- a. individua la tipologia delle prestazioni, gli orari e la durata dell'intervento (definito in 30-50-80 minuti) nonché la frequenza;
- b. determina la durata del Servizio, le verifiche in itinere e la sua presunta scadenza;
- c. indica la risorsa familiare o altra risorsa, quale referente nella gestione del caso.

Il PAI, che potrà contenere altre indicazioni operative in relazione alle specificità del caso, è modificabile in base a particolari esigenze, riscontrate in fase di svolgimento del servizio e, a scadenza, è rinnovabile.

6. MODALITA' DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO

Il servizio potrà essere erogato attraverso le cooperative accreditate da Offertasociale asc o mediante risorse in capo al singolo comune (personale dipendente o convenzionato).

~~L'assistenza domiciliare viene realizzata attraverso l'impiego di personale qualificato che garantisce il corretto svolgimento delle prestazioni previste dal piano di assistenza individuale.~~

Il Servizio può essere attivato dal lunedì alla domenica per un minimo di 30 minuti quindicinali fino ad un massimo di due accessi giornalieri, nella fascia oraria compresa tra le ore 7.00 e le ore 20.00 (orario di termine dell'intervento).

Se l'intervento domiciliare è richiesto sette giorni su sette, sono garantite anche le festività ad eccezione dei giorni di Natale, Pasqua e Ferragosto; se l'intervento è invece richiesto solo nei giorni feriali, il servizio non sarà garantito nei giorni festivi infra-settimanali.

L'erogazione dell'attività di assistenza alla cura della persona (di cui al punto 4 lettere a. e b.) limitata ai soli giorni di sabato e domenica sarà oggetto di valutazione da parte del servizio sociale. In caso di persone che si trovino in situazione di bisogno di assistenza improvviso ed urgente (malati terminali e casi sociali multi problematici) si potrà provvedere all'erogazione di un "intervento di urgenza sociale", tenute conto delle risorse disponibili e in deroga alla lista d'attesa. In tal caso l'accesso dovrà essere motivato dall'assistente sociale che potrà valutare un PAI che preveda un maggior numero di prestazioni.

Il PAI prevede altresì la valutazione da parte dell'assistente sociale circa l'opportunità della presenza contemporanea di due operatori per lo svolgimento del servizio (ad es. in assenza di ausili facilitanti la mobilitazione), pena l'impossibilità di attivare l'intervento richiesto.

7. INTERRUZIONE E SOSPENSIONE DEL SERVIZIO

Il servizio domiciliare può cessare quando:

- viene meno la necessità di assistenza che ha motivato la richiesta
- la persona viene ricoverata in struttura residenziale
- non vengono più accettati dalla persona/familiare gli interventi concordati
- viene meno il rispetto nei confronti del personale di servizio, in forma ripetuta
- la persona si assenta più volte nell'orario del servizio senza aver preavvertito il soggetto erogatore e/o l'assistente sociale comunale
- la persona cambia residenza o domicilio
- non si provveda al pagamento del servizio erogato entro 60 giorni dalla comunicazione dell'importo dovuto.

Le eventuali sospensioni temporanee (*allegato 3*) e l'interruzione definitiva del servizio (*allegato 4*), per qualsiasi motivazione siano richieste, devono essere comunicate tempestivamente, con richiesta scritta dalla persona/familiare agli uffici comunali competenti.

In ogni caso la sospensione dell'addebito della tariffa di fruizione avverrà dal giorno successivo alla comunicazione scritta di interruzione o sospensione.

8. VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI

La valutazione degli interventi di assistenza domiciliare da parte del servizio sociale è articolata nei seguenti passaggi:

- monitoraggio dell'attuazione del progetto e valutazione svolta con periodicità in relazione a quanto definito nel PAI e alla durata dell'intervento, effettuati dall'assistente sociale comunale;
- rilevazione della soddisfazione della persona/familiare di riferimento in merito alle prestazioni erogate, attraverso un questionario di gradimento.

9. LISTA D'ATTESA

Il Comune stanZIA nel proprio bilancio annuale le risorse necessarie a garantire l'erogazione del Servizio, sulla base di previsioni di spesa determinate dall'andamento delle richieste dell'anno precedente.

In caso di sovra numero di richieste, è formulata una graduatoria per definire le priorità di accesso e l'inserimento delle domande in lista di attesa, sulla base degli elementi di valutazione e dei relativi punteggi di seguito indicati:

1. RETE FAMILIARE	PUNTEGGIO max 3
vive solo/a o convive con coniuge o altro familiare che necessita di assistenza	2
assenza di figli	1
2. CARICO ASSISTENZIALE	PUNTEGGIO max 6
convivenza con familiari non in grado di gestire il carico di assistenza	2
impossibilità dei figli di offrire adeguato sostegno assistenziale per gravi motivi	2
assenza di riferimenti parentali in grado di garantire impegno di cura	2

3. AIUTI ESTERNI	PUNTEGGIO max 3
impossibilità ad attivare interventi privati retribuiti	2
assenza di significativo sostegno di vicinato o di volontariato	1

4. LIMITAZIONE DELL'AUTONOMIA PERSONALE	PUNTEGGIO max 6
LIEVE: ha bisogno di aiuto solo in alcune attività quotidiane	2
MEDIA: necessita di aiuto nella gestione della propria persona e delle attività quotidiane	4
SERIA: non è in grado di svolgere alcuna funzione in autonomia	6

5. SITUAZIONE ECONOMICA	PUNTEGGIO max 2
valore ISEE inferiore a €	2

TOTALE PUNTEGGIO
MASSIMO 20

10. ENTRATA IN VIGORE

Il presente Regolamento dovrà essere adottato dai singoli Comuni a partire dal 1 Gennaio 2015, dietro approvazione da parte dei rispettivi Consigli comunali.

A far data dal 1 gennaio 2020, i Comuni si impegnano ad erogare il presente servizio secondo lo scheda di tariffazione individuale approvato dall'Assemblea generale di Offertasociale il 15 febbraio 2017.

11. NORME TRANSITORIE

I Comuni che all'atto dell'approvazione del presente Regolamento hanno in essere contratti derivanti da precedenti gare di appalto, ne adotteranno le previsioni a partire dal giorno successivo alla naturale scadenza dei contratti in vigore.

Allegati

- 1) Richiesta di attivazione del Servizio;
- 2) Piano di Assistenza Individuale (PAI);
- 3) Richiesta di sospensione temporanea del Servizio;
- 4) Richiesta di interruzione definitiva del Servizio.

A TAL FINE DICHIARA

- di aver preso conoscenza del Regolamento del Servizio richiesto e di accettarne il contenuto;
- di impegnarsi al pagamento della tariffa del Servizio, nelle forme e secondo le modalità stabilite dall'Amministrazione Comune;
- di essere a conoscenza che, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, il Comune potrà procedere a idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art.76.

Si allega certificazione ISEE in corso di validità si no

Data _____

Firma del richiedente _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003 ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento da parte del personale comunale, La informiamo di quanto segue: 1) Il titolare del trattamento è il comune di _____; 2) Il trattamento è indispensabile e obbligatorio, nell'ambito delle funzioni istituzionali, ai fini dell'erogazione del servizio di assistenza domiciliare; 3) Il trattamento è realizzato dal personale dell'Ufficio Servizi sociali del comune di _____; 4) Al comune di _____, ai sensi degli artt. 18-22, è consentito il trattamento dei dati per lo svolgimento delle sue funzioni istituzionali nei limiti della legislazione vigente, dello Statuto e dei Regolamenti; 5) L'interessato gode dei diritti di cui all'art. 7, fra cui l'accesso ai dati che lo riguardano, nonché il diritto di rettificare, aggiornare, opporsi o cancellare i dati erronei, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge, nonché il diritto di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi.

Data _____

Firma _____

Considerato che il/la signor/ra _____ non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere,

Il sottoscritto _____ in qualità di

FAMILIARE

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

TUTORE

CURATORE

acconsente

al trattamento dei dati assumendosi ogni responsabilità al riguardo

Data _____

Firma _____

PIANO di ASSISTENZA INDIVIDUALE

Dati anagrafici

cognome e nome _____

codice fiscale _____ tessera sanitaria _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

stato civile _____ tel./cell. _____

residente in via / p.zza _____ n° _____

piano _____ interno _____ scala _____ (note) _____

nominativo care giver _____ tel./cell. _____

medico curante _____ tel./cell. _____

Valutazione situazione sanitaria

specificare eventuale presenza di patologie a rischio di contagio e/o che richiedono particolari precauzioni assistenziali /di cura

Grado di autosufficienza autosufficiente parzialmente non autosufficiente totalmente non autosufficiente

Invalidità civile si _____ % ind. accompagnamento no pratica in corso

Ausili/protesi in dotazione

<input type="checkbox"/> bastone/tripode	<input type="checkbox"/> incontinenza urinaria			
<input type="checkbox"/> girello	<input type="checkbox"/> incontinenza fecale			
<input type="checkbox"/> carrozzina	<input type="checkbox"/> pannolone			
<input type="checkbox"/> cuscino antidecubito	<input type="checkbox"/> catetere			
<input type="checkbox"/> materasso antidecubito	<input type="checkbox"/> stomie (sondino)			
<input type="checkbox"/> protesi acustica	<input type="checkbox"/> uso del bagno			
<input type="checkbox"/> altro _____	<input type="checkbox"/> se si, accompagnato			

ADI note _____

Valutazione situazione socio - relazionale

Vive solo con _____

Vita di relazione: presente note: _____
 non presente note: _____

Contatti esterni: intrattenuti autonomamente
 intrattenuti con supporto / accompagnatore
 non ha contatti esterni
 altro _____

Comprensione: presente, normale
 problematica specificare: _____
 assente

Comunicazione: presente, normale
 problematica specificare: _____
 assente

Valutazione socio-assistenziale

Alzata del mattino	<input type="checkbox"/>	autonomo	<input type="checkbox"/>	con aiuto parziale	<input type="checkbox"/>	con aiuto totale/sollevatore
Vestizione	<input type="checkbox"/>	autonomo	<input type="checkbox"/>	con aiuto parziale	<input type="checkbox"/>	con aiuto totale/sollevatore
Rimessa a letto	<input type="checkbox"/>	autonomo	<input type="checkbox"/>	con aiuto parziale	<input type="checkbox"/>	con aiuto totale/sollevatore
Igiene intima	<input type="checkbox"/>	autonomo	<input type="checkbox"/>	con aiuto parziale	<input type="checkbox"/>	con aiuto totale
Igiene superiore	<input type="checkbox"/>	autonomo	<input type="checkbox"/>	con aiuto parziale	<input type="checkbox"/>	con aiuto totale

note: _____

Bagno settimanale	<input type="checkbox"/>	autonomo	<input type="checkbox"/>	con aiuto/ausilio	<input type="checkbox"/>	spugnature a letto
Approccio al bagno	<input type="checkbox"/>	collaborante	<input type="checkbox"/>	non collaborante	<input type="checkbox"/>	rifiuto
Igiene ambiente	<input type="checkbox"/>	autonomo	<input type="checkbox"/>	con aiuto parziale	<input type="checkbox"/>	con aiuto totale
Commissioni	<input type="checkbox"/>	autonomo	<input type="checkbox"/>	con aiuto parziale	<input type="checkbox"/>	con aiuto totale
Preparazione pasto	<input type="checkbox"/>	autonomo	<input type="checkbox"/>	con aiuto	<input type="checkbox"/>	pasto al domicilio
Assunzione pasto	<input type="checkbox"/>	autonomo	<input type="checkbox"/>	con aiuto	<input type="checkbox"/>	

Programmazione degli interventi

Durata prevista dell' intervento: n° mesi _____ Verifica prevista: _____

Accessi settimanali n° _____ di cui:

n° _____	accessi feriali da _____
n° _____	accessi feriali da _____
n° _____	accessi festivi da _____
n° _____	accessi festivi da _____

COOPERATIVA INDIVIDUATA: _____
 DATA di ATTIVAZIONE SERVIZIO : _____

Prospetto settimanale degli interventi

GIORNO	ORARIO		PRESTAZIONE	DURATA PRESTAZ.	n° OPERATORI
	dalle	alle			
LUNEDI'					
MARTEDI'					
MERCOLEDI'					
GIOVEDI'					
VENERDI'					
SABATO					
DOMENICA					

altri servizi attivati _____

assistente familiare/badante no si

note: _____

data _____

UTENTE / CARE GIVER

ASSISTENTE SOCIALE COMUNALE

offertasociale

logo Comune

**RICHIESTA di SOSPENSIONE TEMPORANEA
SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE**

SPETT. LE COMUNE DI _____
UFFICIO _____

Il sottoscritto

Nome e Cognome _____

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ tel/cell _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

CHIEDE**LA SOSPENSIONE TEMPORANEA DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE**

DAL _____ AL _____

in qualità di DIRETTO INTERESSATO FAMILIARE Grado di parentela _____ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO TUTORE CURATORE**dati della persona per cui è richiesta la sospensione del Servizio (se diverso dal richiedente):**

sig/sig.ra Nome e Cognome _____

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ tel _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Richiesta telefonica del _____ Firma operatore _____

Data _____ Firma del richiedente _____

offertasociale

logo Comune

**RICHIESTA di INTERRUZIONE DEFINITIVA
SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE**

SPETT. LE COMUNE DI _____
UFFICIO _____

Il sottoscritto

Nome e Cognome _____

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ tel/cell _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

CHIEDE**L'INTERUZIONE DEFINITIVA DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE**

DAL _____

in qualità di DIRETTO INTERESSATO FAMILIARE Grado di parentela _____ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO TUTORE CURATORE**dati della persona per cui è richiesta l'interruzione del Servizio (se diverso dal richiedente):**

sig/sig.ra Nome e Cognome _____

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ tel. _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Data _____

Firma del richiedente _____