
DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D2

**Comuni di Alessandria della Rocca – Bivona Comune Capofila – Cianciana –
S. Biagio Platani – S. Stefano Quisquina -**

REGOLAMENTO SERVIZIO “ADI” E “ADA”

**REGOLAMENTO PER L'EROGAZIONE AD ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI DI
PRESTAZIONI DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE INTEGRATE ALL'ASSISTENZA SOCIO-
SANITARIA E DI SERVIZI IN ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE AD ANZIANI NON IN ADI .**

Art. 1

Oggetto del regolamento

Il presente regolamento disciplina, nel rispetto della normativa nazionale e regionale, il Servizio di assistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti.

Art. 2

Definizione

L'assistenza domiciliare agli anziani nasce attraverso interventi di natura socio-assistenziale che nel tempo sono stati distinti da interventi di tipo sanitario codificando questa tipologia di assistenza con il termine ADI “Assistenza domiciliare integrata.

Per Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) s'intende un modello assistenziale volto ad assicurare l' erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie (medica, infermieristica, riabilitativa, ecc.) e sociali (cura della persona, fornitura di pasti, cure domestiche e sostegno psicologico) al domicilio da parte di differenti figure professionali tra loro funzionalmente integrate secondo piani individuali di trattamento (progetto personalizzato) e standard

qualitativi definiti, predisposti, in relazione ai bisogni della persona, dall'Unità Valutativa Multidimensionale (UVM) .

Art. 3

Finalità

Il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata ha l'obiettivo di soddisfare esigenze complesse di persone che richiedono una assistenza continuativa di tipo socio-sanitario favorendone il mantenimento nel proprio contesto sociale, assicurando interventi socio-sanitari, diretti a prevenire o rimuovere situazioni di disagio, di bisogno e di emarginazione, mediante il sistema integrato di interventi e di servizi sociali presenti nel Distretto.

L'Assistenza Domiciliare Integrata rappresenta quindi un sistema di organizzazione di risposte adeguate coordinate di prevenzione, cura e riabilitazione finalizzata ad elevare la qualità della vita delle persone e contrastare il ricorso all'ospedalizzazione impropria.

L'integrazione dei due sistemi sociale e sanitario si attua attraverso l'istituzionalizzazione di modalità stabili di coordinamento e la formalizzazione degli strumenti programmatori e operativi che si articola su tre livelli:

- integrazione istituzionale che a livello distrettuale individua come attori il Comitato dei Sindaci del Distretto Socio- Sanitario e il Direttore del Distretto Sanitario;
- integrazione organizzativa che riguarda gli aspetti gestionali ed ha come attori di riferimento dei due sistemi il Coordinatore del Gruppo Piano del distretto socio-sanitario e il Direttore del Distretto Sanitario. Tale livello riguarda l'attuazione e la messa a regime delle scelte programmatiche e gestionali definite dal livello istituzionale, nonché la programmazione delle modalità organizzative attraverso le quali erogare il servizio (raccordo tra le risorse professionali coinvolte, tempi di erogazione del servizio ecc.);
- integrazione professionale che consiste nel coordinamento di tutte le figure professionali coinvolte nel processo di erogazione delle cure domiciliari.

Art. 4

Destinatari.

Possono essere ammessi al servizio ADI e ADA i cittadini residenti nei Comuni del Distretto Socio-Sanitario che siano ultrasessantacinquenni non autosufficienti.

Art.5

Erogazione delle cure domiciliari.

5.1 Gli attori

Il governo dell'accesso al sistema integrato delle cure domiciliari e l'erogazione delle prestazioni connesse si articola attraverso un sistema di relazioni, scambio di informazioni, attivazione di

risorse ed erogazione di prestazioni che vede coinvolte diverse figure professionali alle quali sono attribuite responsabilità differenti.

Si tratta di una rete di attori e un insieme di attività che vede coinvolti:

- il Punto Unico di Accesso (PUA);
- il case manager – responsabile del caso;
- il medico curante dell'assistito;
- i componenti delle Unità di valutazione multidimensionale (medico specialista, terapeuta della riabilitazione, assistente sociale, infermiere professionale e altre figure specialistiche ritenute rilevanti);
- gli sportelli o punti informativi collocati presso i servizi sociali dei Comuni del Distretto Socio-Sanitario che mediante un software on-line metteranno in comunicazione i cittadini con il PUA;
- assistenti sociali dei Comuni.

5.2 L'accesso al sistema integrato delle cure domiciliari.

L'accesso al sistema integrato delle cure domiciliari prevede:

- **la segnalazione al Punto Unico di Accesso (PUA)** da parte di uno dei seguenti soggetti:

- medico curante dell'assistito;
- medico del reparto ospedaliero in fase di pre-dimissione;
- servizi sociali;
 - associazioni di volontariato, cooperative sociali;
 - familiari dell'assistito;
 - altri soggetti (vicinato, rete amicale, ecc);

- **la richiesta di accesso al sistema delle Cure Domiciliari Integrate attraverso il PUA** che svolge la funzione di accoglienza delle richieste, riscontro dei requisiti essenziali, lettura e decodifica del bisogno, orientamento.

Tale modalità presuppone che la segnalazione, da chiunque provenga, deve pervenire al PUA cioè presso l'unico organismo abilitato ad avviare il percorso di accesso al sistema delle Cure Domiciliari Integrate con il conseguente compito di raccordare i diversi soggetti della rete che, utilizzando una modulistica unica, adottano modalità di accesso uniforme al sistema delle cure domiciliari integrate.

5.3 Compiti del PUA

Il PUA svolge i seguenti compiti:

- accoglienza delle richieste di accesso;
- riscontro dei requisiti essenziali;
- lettura e decodifica del bisogno, orientamento della domanda e indirizzo all'offerta per la fruizione appropriata dei servizi forniti dal Distretto ;
- Attivazione degli altri referenti competenti della rete formale dell'utente per un approfondimento della richiesta.

Per quanto attiene l'assetto organizzativo il PUA è articolato in due livelli di operatività, ognuno con proprie funzioni e ruoli definiti ma fortemente integrati fra loro:

1. front – office per l'assistenza al cliente
2. back – office per la gestione dell'organizzazione dei servizi.

Art. 6

La presa in carico

Gli attori del PUA hanno il compito di analizzare il bisogno espresso attraverso la segnalazione, fornendo la risposta, a seconda delle situazioni problematiche, semplice (l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o sociali che non richiedono una valutazione multidimensionale) o complessa (erogazione di prestazioni integrate socio-sanitarie che prevedono la valutazione multidimensionale ed il coinvolgimento dell'UVM).

Nel caso in cui l'utente richiede l'intervento domiciliare con prestazione socio-assistenziale non in ADI può rivolgersi direttamente ai servizi sociali del proprio comune di residenza che acquisiranno la documentazione relativa alla condizione di non autosufficienza e provvederanno a redigere il PAI per le prestazioni assistenziali.

Nel caso in cui nel corso di realizzazione del PAI dovesse essere rilevato un bisogno di tipo sanitario, i servizi sociali segnaleranno al PUA la problematica allo scopo di favorire l'accesso dell'utente al servizio ADI secondo le modalità previste dal presente regolamento.

Nel caso in cui il bisogno espresso dall'utente segnalato necessita di una risposta complessa, il PUA, entro le 24 ore successive dalla segnalazione contatta l' Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

Le segnalazioni vengono esaminate seguendo l'ordine cronologico di arrivo con diritto di precedenza per i pazienti terminali e/o in fase critica.

La valutazione multidimensionale a cura dell'UVM deve concludersi entro il termine massimo di 5 giorni lavorativi dalla proposta di ammissione, salvo i casi che necessitano di una tempestiva presa in carico.

Art. 7

Composizione e funzionamento dell'UVM

L'UVM è la struttura tecnica preposta alla definizione del progetto socio-sanitario e alla presa in carico integrata del cittadino per garantire il soddisfacimento dei bisogni socio-sanitari e l'integrazione della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e socio assistenziali a livello territoriale individuando la migliore soluzione possibile che raccolga il consenso del cittadino rispettandone la libertà di scelta.

L'UVM ha la seguente composizione:

- Direttore del Distretto o un Dirigente sanitario delegato, individuato a livello distrettuale con funzioni di coordinatore dell'UVM,
- Il medico di medicina Generale che ha in carico l'assistito;
- Un dirigente medico dell'area territoriale,
- Un operatore professionale – infermiere professionale,
- Un operatore professionale – terapeuta della riabilitazione;
- Un assistente sociale;
- Un assistente sociale referente del settore assistenza sociale del Comune o dei Comuni dell'ambito distrettuale
- Eventuali altre professionalità se necessario per la valutazione del caso.

Vanno sperimentate, nel medio periodo, immissioni nel team di figure professionali a più spiccata competenza specialistica con riguardo agli anziani (geriatra) e nel caso di programmi riabilitativi (fisiatra) .

L'UVM svolge i seguenti compiti :

- Effettua la valutazione multidimensionale, attraverso la scheda SVAMA (Scheda di valutazione Multidimensionale Anziani), del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali del paziente e del suo nucleo familiare;
- Elabora il PAI che deve essere condiviso e sottoscritto dall'assistito nel rispetto delle norme in materia di privacy e tutela e ne verifica l'andamento;
- IL PAI tiene conto dei bisogni, delle aspettative e priorità del paziente e dei familiari, delle sue menomazioni, disabilità e soprattutto delle abilità residue e recuperabili oltre che dei fattori ambientali, personali, familiari e deve prevedere:
 - Gli obiettivi ed i risultati che si intendono raggiungere sia riguardo all'utente che ai suoi familiari;

- Gli interventi degli operatori sanitari, comprese le possibili ulteriori consulenze specialistiche;
 - Gli interventi a rilevanza sociale;
 - La cadenza degli accessi del medico curante al domicilio del paziente;
 - I momenti di verifica degli Enti coinvolti relativamente agli ambiti di propria competenza e quelli comune durante il periodo di erogazione delle prestazioni, gli strumenti (riunioni di verifica/coordinamento, schede/registri/diario clinico, indicatori di processo e di risultato, ecc.);
 - L'individuazione (competenze e funzioni) delle figure di riferimento, ad es. referente familiare o Case Manager o responsabile operativo del caso ossia colui che opera come "riferimento" e "facilitatore" per la persona presa in carico con compiti di coordinamento, funzioni di raccordo tra i servizi, monitoraggio degli interventi attivati ed eventuale richiamo agli obiettivi prefissati;
 - La disponibilità, la qualità dei presidi e materiali vari;
 - La durata presumibile del periodo di erogazione delle cure domiciliari e la frequenza degli interventi, obiettivi e tipologia a seconda dei livelli diversi di intensità di cure sanitarie e interventi sociali in relazione alla complessità dei bisogni assistenziali espressi dagli utenti e di seguito dettagliati:
1. ADI a bassa intensità di assistenza domiciliare sanitaria ed a medio-alta intensità e complessità di interventi socio – assistenziali. È rivolta a soggetti non autosufficienti affetti da patologie in buon compenso globale. Rientrano in questo livello anche gli interventi estemporanei sia sanitari che sociali.
 2. ADI a media intensità di assistenza domiciliare sanitaria e sociale. È rivolta a pazienti multiproblematici affetti da patologie croniche in labile compenso.
 3. ADI ad alta intensità di assistenza domiciliare sanitaria e socio – assistenziale. È rivolta a soggetti affetti da patologie croniche evolutive (neoplasie, malattie neurologiche) nel loro ultimo periodo di vita,

Il progetto socio-sanitario personalizzato è comunicato in modo comprensibile ed appropriato al paziente ed ai suoi familiari e da essi approvato e sottoscritto.

Esso, a cura dell'UVM, deve essere modificato, adattato e nuovamente comunicato al paziente ed agli operatori qualora si verifichi un cambiamento sostanziale degli elementi in base ai quali è stato elaborato (bisogni, preferenze, menomazioni, abilità-disabilità residue, limiti ambientali e risorse, aspettative, priorità, ecc.).

La responsabilità clinica del caso rimane al Medico curante (il naturale referente sanitario dell'assistito che coordina comunque gli interventi sanitari), mentre la responsabilità del PAI è del Case Manager o responsabile operativo del caso il cui ruolo può essere assunto da figure

professionali diverse a seconda della tipologia e complessità del bisogno del paziente e può riguardare sia una figura sanitaria che sociale, in base al bisogno prevalente della persona e /o alle scelte organizzative emerse.

Qualora le risorse necessarie a realizzare il PAI non risultino immediatamente disponibili, l'utente è inserito in lista d'attesa rispetto al servizio individuato.

La lista di attesa è consultabile nei modi e nelle forme consentite dalla normativa in materia di accesso agli atti della Pubblica Amministrazione.

Art. 8

ORARIO DI SERVIZIO

Il Servizio di assistenza tutelare per l'ADI dovrà essere reso nelle ore stabilite dal piano di lavoro predisposto per ciascun utente.

Art.9

PRESTAZIONI

I Comuni assicurano le prestazioni socio-assistenziali previste nel piano di assistenza individuale (PAI) concordato e integrato con l'ASP che provvede all'erogazione delle prestazioni sanitarie.

In particolare gli interventi garantiti dai Comuni si articolano nelle seguenti aree:

9.1 Aiuto e coinvolgimento per il governo della casa:

- Riordino del letto e della stanza;
- Pulizia dei servizi e dei vani dell'alloggio ad uso dell'utente e dallo stesso utilizzati, curando l'aerazione e l'illuminazione dell'ambiente;
- Cambio della biancheria, lavaggio della biancheria e del vestiario dell'utente mediante lavatrice in dotazione dell'utente stesso ed eventuale utilizzo del servizio di lavanderia;
- Spesa e rifornimenti;
- Preparazione dei pasti ed eventuale pulizia delle stoviglie;
- Attivazione di risorse per i problemi riguardanti la manutenzione dell'alloggio.

9.2 Aiuti atti a favorire e/o mantenere l'autosufficienza nell'attività giornaliera:

- Alzare l'utente dal letto;
- Curare, sollecitare e controllare l'igiene della persona (aiuto per il bagno e pulizie personali);

- Vestizione;
- Aiuto nell'assunzione dei pasti;
- Aiuto per una corretta deambulazione;
- Aiuto nei movimenti di arti invalidi e nell'uso di ausili sanitari;
- Accorgimenti per una giusta posizione degli arti invalidi in condizioni di riposo;
- Aiuto nell'uso di accorgimenti o attrezzi per lavarsi, vestirsi, mangiare da soli,
- Camminare ecc;
- Sostituzione temporanea in alcuni compiti delle figure parentali qualora queste siano assenti per gravi motivi o impossibilitate a gestire i loro ruoli;
- Mobilitazione delle persone costrette a letto e simili.

9.3 Interventi di servizio sociale

Servizio sociale e sostegno morale

Il sostegno morale e psicologico rappresenta l'elemento unificante delle diverse prestazioni e deve essere rivolto agli anziani in relazione alle loro esigenze.

9.4 I Distretti Sanitari erogano le seguenti prestazioni:

- Assistenza medico specialistica;
- Accesso a domicilio dei Medici della Medicina Generale (MMG)
- Assistenza infermieristica;
- Assistenza riabilitativa;
- Assistenza socio-sanitaria
- Altre forme assistenziali sanitarie erogabili a domicilio (per esempio fornitura ausili e presidi).

Art. 10

Presa in carico soggetti in ADA

La richiesta di intervento di assistenza domiciliare non in ADI può essere presentata al PUA che ha il compito di segnalare ai servizi sociali comunali oppure direttamente ai servizi sociali comunali, come previsto all'art. 6.

I servizi sociali acquisiranno la documentazione relativa alla condizione di non autosufficienza (scheda SVAMA redatta dal medico di medicina generale oppure certificazione rilasciata dalla commissione invalidi civili attestante lo stato di invalidità 100% con accompagnamento) o la condizione di disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3 della L.104/92) e provvederanno a redigere il PAI per le prestazioni assistenziali.

L'Assistente Sociale Comunale redige il PAI (Piano di Assistenza Individuale) .

Il PAI evidenzia il Case Manager e in rapporto al bisogno:

- la tipologia di prestazioni e la loro articolazione temporale (ore/giorni/settimane/mesi);
- altri eventuali servizi e risorse sul territorio da attivare;
- gestione, realizzazione, monitoraggio e verifica del PAI;
- dimissione.

Il ruolo di Case Manager viene assunto dall'Assistente sociale che opera per conto dei Comuni.

Nel caso in cui nel corso di realizzazione del PAI dovesse essere rilevato un bisogno di tipo sanitario, i servizi sociali segnaleranno al PUA la problematica allo scopo di favorire l'accesso dell'utente al servizio ADI secondo le modalità previste dal presente regolamento.

Art. 11

Tempi e criteri di selezione delle richieste

Gli uffici di servizio sociale di ciascun Comune del Distretto, provvederanno a verificare le condizioni economiche, socio - ambientali e di salute del richiedente e a redigere una graduatoria, **entro 30 giorni successivi al termine ultimo per la presentazione delle istanze**, in presenza di un numero di richieste superiori alle previsioni.

La selezione delle richieste degli aventi diritto sarà effettuata sulla base dei seguenti requisiti e criteri :

Accertamento requisiti "Età" e condizione "non Autosufficienza"

1° criterio: Stato di solitudine

- | | |
|--|---------|
| -anziano che convive con familiari in grado di aiutarli | Punti 0 |
| - anziano con figli residenti nel Comune | Punti 2 |
| - anziano con figli non residenti nel Comune | Punti 4 |
| - anziano che vive da solo, privo di supporto familiare | Punti 6 |
| - anziano che convive con familiari portatori di handicap
senza ulteriore ed idoneo supporto familiare convivente | Punti 8 |

2° criterio : Età

- | | |
|--------------------------------|---------|
| - anziano da 65 ai 70 anni | Punti 1 |
| - anziano da 71 anni a 76 anni | Punti 2 |
| - anziano da 77 anni a 80 anni | Punti 3 |
| - anziano da 81 anni a 86 anni | Punti 4 |
| - anziano oltre 86 anni | Punti 5 |

3° criterio : Reddito del nucleo familiare I.S.E.:

- | | |
|--------------------------------|---------|
| - da € 13.001,00 in su | Punti 0 |
| - da € 11.001,00 a € 13.000,00 | Punti 1 |
| - da € 9.001,00 a € 11.000,00 | Punti 2 |
| - da € 7.001,00 a € 9.000,00 | Punti 3 |
| - da 0 a € 7.000,00 | Punti 4 |

La graduatoria ha validità annuale, la stessa è soggetta a scorrimento nel caso di rinuncia o morte degli utenti, cambio di residenza o ricovero definitivo in istituto, oppure potrà essere integrata su proposta dell'Ufficio di Servizio Sociale comunale o del PUA, in presenza di situazioni che, per la loro gravità, necessitano di una risposta immediata.

Art. 12

Dimissioni anziani in ADA

Il Servizio erogato ai sensi del presente regolamento può essere interrotto in qualsiasi momento per:

- Richiesta dell'assistito;
- Richiesta dei familiari dell'assistito, fatto salvo il consenso manifestato dallo stesso;
- Decisione motivata dell'Ufficio di servizio sociale comunale per il venir meno delle ragioni che avevano determinato l'intervento o per motivi che impediscono la continuazione dello stesso;
- Mancato pagamento della quota di compartecipazione;
- Decesso o ricovero definitivo in strutture di accoglienza;
- Il venir meno dei requisiti di ammissione al servizio;
- Ripetuti atteggiamenti offensivi ed irrispettosi da parte degli aventi diritto nei confronti del personale addetto alle prestazioni (molestie, aggressioni anche verbali, minacce ecc.);

- Assenza, senza giustificato motivo (almeno tre volte) e senza preavviso, dell'assistito nell'orario previsto per la prestazione;
- Assenza prolungata dell'assistito (un mese o più esclusi i periodi di ricovero ospedaliero).

Art. 13 Modalità di gestione

Le prestazioni socio-assistenziali previste nei Servizi **ADA ed ADI** saranno erogate mediante l'assegnazione agli Aventi Diritto di **buoni di servizio** (voucher) da utilizzare per l'acquisto di specifiche prestazioni domiciliari presso organismi ed enti no profit riconosciuti e accreditati all'Albo distrettuale.

L'elenco dei sottoscrittori il "Patto per l'accreditamento" sarà sottoposto a revisione ed integrazione con cadenza annuale per consentire l'inserimento di altri Enti che lo richiedano.

In termini economici il Buono di Servizio é titolo valido per l'acquisto da parte degli Aventi Diritto di prestazioni socio-assistenziali, elencate all'art.9 presso uno degli Enti No Profit sottoscrittori del "Patto per l'Accreditamento", in armonia con quanto previsto dalla legge 8 novembre 2000 n°328.

Nelle more della definizione da parte della Regione Siciliana delle linee guida per l'accreditamento, secondo quanto previsto nel Decreto Presidenziale 07/07/2005 e del successivo Decreto Presidenziale del 07/10/2005, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana n. 43 del 14/10/2005, il Distretto socio sanitario D/2 farà ricorso al "patto di accreditamento per il voucher" al fine di individuare gli Enti no profit per la fornitura di prestazioni domiciliari.

L'emissione dei voucher sarà successiva alla redazione del PAI.

Il voucher dovrà evidenziare: a) il parametro costo/ore delle singole prestazioni con riferimento ai vigenti C.C.N.L. di comparto; b) l'indicazione degli enti no profit di cui intende avvalersi il beneficiario, scelti fra quelli che hanno sottoscritto il "patto di accreditamento" con il Comune capofila.

Sarà onere del Comune capofila emettere i voucher e contestualmente provvedere alla loro consegna ai beneficiari nonché al pagamento degli Enti, inseriti nel sopradetto elenco, che erogano le prestazioni;

I servizi sociali dei Comuni provvederanno a curare ogni rapporto necessario di informazione, supporto e contatto fra i beneficiari e gli enti no profit.

Gli organismi o gli enti individuati liberamente dai beneficiari, fra quelli che hanno provveduto a sottoscrivere il "patto per l'accreditamento", dovranno, preliminarmente, accettare formalmente il PAI.

Gli Assistenti Sociali, che agiscono per conto dei Comuni del Distretto, vigileranno sull'attuazione del piano individualizzato e potranno revocare il voucher qualora le parti interessate ne facessero un uso diverso da quello concordato.

Agli aventi diritto viene riconosciuta, espressamente, la più ampia ed autonoma facoltà di risoluzione dell'incarico, attribuito all'Ente erogatore delle prestazioni selezionato, prima della scadenza della validità temporale del buono di servizio.

Art. 14

Obblighi dell'Ente contraente

L'Ente deve essere in possesso dell'iscrizione all'Albo Reg. istituito ai sensi dell'art. 26 della Legge reg. n°22/1986, alla sez. Anziani e/o disabili, a garanzia del rispetto degli standard qualitativi e quantitativi del servizio fornito.

Deve impegnarsi a rispettare, inoltre, i contratti di categoria dei lavoratori dipendenti o prestatori d'opera e delle leggi che regolamentano i rapporti di lavoro; e rispettare la normativa che disciplina il diritto al lavoro dei disabili (legge 12 Marzo 1998, n. 168).

Deve anche:

- rispettare, in generale, le leggi e i regolamenti in materia di prevenzione e protezione dei lavoratori (D. Lgs. n. 626/1994 e successive integrazioni e modificazioni);
- impiegare personale con idonea qualifica professionale come da normativa regionale;
- seguire un piano annuale per l'aggiornamento professionale del personale;
- impegnarsi a garantire la copertura assicurativa per gli operatori per rischi di responsabilità civile e infortuni che comportino morte o invalidità permanente;
- dichiarare di disporre di idoneo contratto assicurativo di Responsabilità Civile esonerando i Comuni dell'Ambito da ogni responsabilità per eventuali danni a utenti o a terzi derivati dall'espletamento del servizio;
- impegnarsi a rispettare le norme in materia di tutela della privacy (D.Lgs. 196/2003);
- utilizzare la scheda per la valutazione del grado di soddisfazione dell'utente;
- assumersi la responsabilità della qualità delle prestazioni delle attività poste in essere dai propri operatori;
- impegnarsi a mantenere i requisiti di idoneità organizzativa - gestionale dichiarati in fase di sottoscrizione del patto di accreditamento.

Art. 15 Adempimenti dei Comuni dell'Ambito

I Comuni possono effettuare controlli diretti ad accertare sia la veridicità delle dichiarazioni rese sia la qualità del servizio effettuato.

E sulla base dell'esito delle verifiche effettuate, si riserveranno la facoltà di revocare il patto di accreditamento.

Il Comune capofila corrisponderà all'Ente erogatore delle prestazioni l'importo relativo ai "voucher acquistati" che verrà fatturato, a cadenza mensile, entro il limite massimo fissato nel patto di accreditamento.

Art. 16 Indicatori per l'accesso gratuito alle prestazioni socio-assistenziali

Per gli **anziani** l'accesso gratuito alle prestazioni socio-assistenziali è disciplinato dal Decreto n. 867/S7 del 15.4.2003 dell'Assessorato Regionale Enti Locali, ora Assessorato della Famiglia, delle Politiche sociali e del Lavoro.

Esso statuisce in merito che:

a) l'accesso è **gratuito** per gli anziani la cui situazione economica complessiva determinata dall'I.S.E., con riguardo alla famiglia anagrafica ai sensi dell'art. 4 del D.P.R. 223/89, non supera l'importo annuo del trattamento minimo di pensione INPS per i lavoratori dipendenti adeguato, ove spettante, alle misure fissate dall'art. 38 della Legge 448/2001 maggiorato:

- del 50 % nel caso in cui il soggetto richiedente è unico componente il nucleo familiare;
- del 100% nel caso di due o più componenti;
- dell'ulteriore 35 % per ogni componente minore od adulto oltre il secondo.

b) gli anziani debbano compartecipare quando le loro condizioni economiche superino i limiti di cui al superiore punto a).

La **compartecipazione** è pari al 5% del costo sostenuto dal Distretto per ogni

€ 516,46 superiore al limite previsto per la gratuità.

Detta compartecipazione, versata al Comune capo fila, impinguerà il fondo per il medesimo servizio.

E' gratuito il costo delle prestazioni sanitarie e di elevata integrazione sanitaria il cui onere rimane a carico del Fondo Sanitario.

Art. 17 Modalità di pagamento quota di compartecipazione

Gli importi relativi alla compartecipazione dovuti dagli utenti verranno calcolati **trimestralmente** sulla base delle effettive ore fatturate.

Il pagamento avverrà mediante bollettini di conto corrente postale a favore del Comune Capofila che gestisce il servizio..

Il mancato pagamento delle quote di compartecipazione **entro 60 gg** dalla scadenza del **trimestre**, comporterà la cessazione del servizio.

La compartecipazione dovrà essere versata sul c.c.p. N. 12333928 intestato alla Tesoreria del Comune di Bivona, con la seguente causale:

“Piano Azione Coesione - Servizi di Cura agli Anziani Non Autosufficienti”

Compartecipazione al costo del servizio A D A/I Comune di _____

(inserire il Comune di residenza)

periodo dal _____ al _____ .

Art. 18

Diritti e obblighi dell'utente

L'utente beneficiario delle prestazioni socio assistenziali dell'ADA e delle prestazioni socio-sanitarie dell'ADI ha il **diritto**:

- Di prendere visione del presente Regolamento;
- Di scegliere liberamente l'Ente no profit presso cui spendere il buono di servizio e di risolvere l'accordo con esso sottoscritto, previo giustificato motivo;
- Di essere informato in sede di sottoscrizione del piano di assistenza individuale sul funzionamento del sistema di contribuzione così come previsto all'art. 16;
- Di essere informato sul funzionamento del servizio, gli obiettivi, gli operatori prima dell'avvio;
- Di avere indicazioni circa i referenti nell'ambito dello Sportello Sociale ai quali eventualmente indirizzare osservazioni, contestazioni, proposte;
- Di chiedere, motivandolo con gravi, evidenti e dimostrabili fatti, la sostituzione dell'operatore domiciliare ad egli assegnato.

L'utente beneficiario delle prestazioni ha nel contempo l'obbligo di:

- Seguire le indicazioni contenute nel Piano di assistenza individuale;
- Avvertire i referenti dei Servizi sociali nei casi di temporanea assenza dal proprio domicilio;
- Non chiedere al personale prestazioni fuori orario (anche a pagamento) né prestazioni diverse da quelle previste nel mansionario dell'operatore;
- Effettuare, se dovuto, il pagamento della quota contributiva stabilita in relazione all'ISE;
- Avvertire i referenti dell'ASP e dell' Ufficio di Piano nei casi di temporanea assenza dal proprio domicilio;

Art. 19

Entrata in vigore e pubblicità

Il presente Regolamento entra in vigore **il primo giorno del mese successivo** alla relativa approvazione da parte del Comitato dei Sindaci.

Dopo la sua entrata in vigore, dovrà essere pubblicato all'Albo pretorio, sul sito internet dei singoli Enti e sarà disponibile presso l'Ufficio di Piano.

Art. 20

Norme conclusive e di rinvio

Per quanto non previsto nel presente regolamento, si rinvia alle vigenti disposizioni di legge in materia.