



## AMBITO TERRITORIALE DI GAGLIANO DEL CAPO

73034 Via P.tta del Gesù - Cod. Fisc. 81001150754 – Tel. 0833-798329-798355

e-mail: [ambitosociale.gaglianodelcapo@pec.rupar.puglia.it](mailto:ambitosociale.gaglianodelcapo@pec.rupar.puglia.it)

COMUNI DI: GAGLIANO DEL CAPO (Capofila), ALESSANO, CASTRIGNANO DEL CAPO, CORSANO, MIGLIANO, MONTESANO SALENTINO SPECCHIA, TIGGIANO, TRICASE, UGENTO, A.S.L. LE – DISTRETTO SOCIO-SANITARIO DI GAGLIANO DEL CAPO, MORCIANO DI LEUCA, PATU', PRESCICE-ACQUARICA, SALVE, UGENTO

### **Regolamento dei servizi di Cure Domiciliari S.A.D., A.D.I. e D.O.P. in favore di persone anziane non autosufficienti e disabili**

**(Approvato con Delibera di Coordinamento Istituzionale n. 23 del 26 giugno 2023 e modificato con successive Deliberazioni di Coordinamento Istituzionale n. 37 del 24.10.2023 e n. 6 del 16.02.2024)**

## INDICE

**Regolamento dei servizi di Cure Domiciliari S.A.D., A.D.I. e D.O.P. in favore di persone anziane non autosufficienti e disabili**

### PARTE PRIMA

#### DISPOSIZIONI COMUNI

Premessa	pag. 2
Oggetto del regolamento	pag. 2
Definizioni	pag. 3

### PARTE SECONDA

DISPOSIZIONI SPECIFICHE	pag. 3
-------------------------	--------

### TITOLO PRIMO

#### REGOLAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO ASSISTENZIALE PER ANZIANI E DISABILI (S.A.D.)

1. Finalità del servizio e obiettivi specifici	pag. 3
2. Tipologia delle prestazioni	pag. 3
3. Destinatari del servizio	pag. 4
4. Requisiti specifici e modalità di ammissione al servizio	pag. 4
5. Sospensione o interruzione del servizio per volontà dell'utente	pag. 6
6. Validazione della Scheda di rilevazione del bisogno e monitoraggio degli interventi	pag. 6
7. Modalità di organizzazione e gestione del servizio	pag. 7
8. Figure professionali richieste	pag. 8

### TITOLO SECONDO

#### REGOLAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (A.D.I. DI PRIMO E SECONDO LIVELLO) E DIMISSIONI OSPEDALIERE PROTETTE (D.O.P.)

9. Finalità del servizio e obiettivi specifici	pag. 8
10. Tipologia delle prestazioni	pag. 9
11. Destinatari del servizio	pag. 9
12. Requisiti specifici e modalità di ammissione al servizio	pag. 10
13. Situazioni complesse	pag. 12
14. Dimissioni Ospedaliere Protette (D.O.P.)	pag. 12
15. Sospensione o interruzione del servizio per volontà dell'utente	pag. 13
16. Validazione PAI e monitoraggio degli interventi	pag. 14
17. Modalità di organizzazione e gestione del servizio	pag. 14
18. Figure professionali richieste	pag. 15

### PARTE TERZA

#### DISPOSIZIONI FINALI

19. Compartecipazione al costo del servizio	pag. 15
20. Ricorsi	pag. 16
21. Disposizioni transitorie e finali	pag. 17

## **Regolamento dei servizi di Cure Domiciliari S.A.D., A.D.I. e D.O.P. in favore di persone anziane non autosufficienti e disabili**

### **PARTE PRIMA DISPOSIZIONI COMUNI**

#### **Premessa**

Il presente regolamento, ad integrazione ed a completamento del “Regolamento Unico per l’accesso alle prestazioni e la compartecipazione finanziaria degli utenti al costo delle prestazioni” approvato con Delibera del Coordinamento Istituzionale n. 45 del 24.11.2022,

- regola i requisiti specifici di accesso ai servizi di Cure Domiciliari in favore di persone anziane non autosufficienti e disabili: Assistenza Domiciliare Socio-Assistenziale (S.A.D.) art. 87 del R.R. Puglia 4/2007, Assistenza Domiciliare Integrata con Servizi Sanitari di I° e II° Livello (A.D.I.) art. 88 del R.R. Puglia 4/2007 e Dimissioni Ospedaliere Protette (D.O.P.) D.G.R. Puglia 691/2011, programmati nel Piano Sociale di Zona 2022-2024 dell’Ambito Territoriale Sociale di Gagliano Del Capo;
- fissa le quote di compartecipazione al costo dei predetti servizi a carico degli utenti.

#### **Oggetto del regolamento**

Il presente documento contiene la descrizione della tipologia e delle modalità organizzative di ogni singolo servizio: Assistenza Domiciliare Socio-Assistenziale (S.A.D.), Assistenza Domiciliare Integrata con Servizi Sanitari di I° e II° Livello (A.D.I.) e Dimissioni Ospedaliere Protette (D.O.P.), in osservanza delle disposizioni regionali e di quanto stabilito nel Piano Sociale di Zona approvato il 04.05.2023 relativamente alle aree:

- “Politiche per l’integrazione delle persone con disabilità e presa in carico della non autosufficienza”,
- “Promozione dell’inclusione sociale e del contrasto alle povertà”.

L’erogazione dei servizi di Cure Domiciliari è finalizzata allo sviluppo del Sistema integrato dei Servizi Sociali come delineato da:

- Legge 328/2000 “Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;
- DPCM del 12.01.2017 – “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015);
- L.R. n. 19/2006 “Disciplina del Sistema Integrato dei Servizi Sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia”;
- Artt. 87-88 Regolamento Regionale n. 4 del 18.01.2007 e successive modificazioni;
- D.G.R. Puglia 691/2011
- Linee Guida Regionali per le Cure Domiciliari Integrate D.G.R. 630/2015;
- Piano Regionale Politiche Sociali 2022-2024;
- Progettazione di dettaglio schede del PdZ 2022-2024: n. 11 “Assistenza Domiciliare Socio-Assistenziale e n. 12 “Assistenza Domiciliare Integrata con Servizi Sanitari”.

## **Definizioni**

Ai fini del presente Regolamento si applicano le seguenti definizioni:

Ufficio di Piano (U.D.P.): responsabile della gestione tecnico – contabile – amministrativa dei servizi sociali erogati a favore dei comuni afferenti all’Ambito Territoriale;

Équipe integrata operante a livello di Ambito: composta dall’Assistente Sociale Referente del servizio, dall’Assistente Sociale comunale e dall’ Assistente Sociale del servizio sociale professionale di Ambito;

Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.): collocata presso il Distretto Socio - Sanitario di Gagliano del Capo. È un’équipe multiprofessionale, a composizione variabile in relazione ai bisogni specifici della persona da valutare, deputata a leggere le esigenze e i bisogni sanitari e socio – sanitari complessi delle persone;

Piano Assistenziale Individualizzato (P.A.I.): viene redatto su apposito modulo e specifica gli obiettivi dell’intervento, le prestazioni da effettuare, il numero e la durata degli accessi settimanali, la compartecipazione alla spesa da parte dell’utente;

Scheda di rilevazione del bisogno socio-assistenziale (Scheda di rilevazione del bisogno): è uno strumento propedeutico alla fruizione dei servizi socio-assistenziali e viene compilata su apposito modulo dove vengono indicati il numero e la durata degli accessi settimanali dell’OSS, le prestazioni da effettuare, la compartecipazione alla spesa da parte dell’utente;

Porta Unica di Accesso (P.U.A.): collocata presso il Distretto Socio - Sanitario di Gagliano del Capo. Garantisce l’accesso alla rete dei servizi socio – sanitari.

## **PARTE SECONDA DISPOSIZIONI SPECIFICHE**

### **TITOLO PRIMO**

#### **Regolamento del Servizio di Assistenza Domiciliare socio assistenziale per anziani e disabili (S.A.D.)**

##### **1. FINALITÀ DEL SERVIZIO E OBIETTIVI SPECIFICI**

La finalità del servizio è quella di favorire la permanenza dei beneficiari nel loro ambiente abitativo e sociale e di accrescere la loro capacità di autodeterminazione, sia attraverso attività socializzanti, limitando il rischio di emarginazione sociale, sia attraverso prestazioni assistenziali atte a prevenire malattie cronico – degenerative.

Il S.A.D. deve integrare l'attività della persona assistita e/o dei familiari e/o di altri caregiver senza mai porsi in un'ottica di loro “sostituzione”.

Gli interventi sono gestiti in modo da attivare intorno al bisogno, sia la partecipazione dei familiari, con i quali l'assistenza domiciliare acquisisce maggiore significato, che l'integrazione con altri settori operativi pubblici o privati in ambito socio-sanitario.

Gli obiettivi specifici del servizio sono definiti nelle Schede di rilevazione del bisogno redatte dall’ Assistente Sociale dell’Ambito Territoriale/Comune, di concerto con la persona e/o familiare del destinatario.

##### **2. TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI**

Il S.A.D. è costituito dal complesso di prestazioni e di interventi di natura socio-assistenziale prestate prevalentemente al domicilio della persona fragile e/o del relativo nucleo familiare per prevenire,

sostenere o recuperare una situazione anche temporanea di difficoltà o di disagio, secondo il progetto assistenziale.

Le attività di assistenza si specificano nelle seguenti prestazioni:

- aiuto per l'igiene e la cura della persona;
- aiuto per la pulizia della casa;
- lavaggio e cambio della biancheria;
- preparazione dei pasti;
- aiuto nello svolgimento di pratiche amministrative, assistenza per visite mediche, sostegno per la fornitura o l'acquisto di alimentari, indumenti, biancheria, farmaci e generi diversi, attività di socializzazione presso familiari e vicini e presso luoghi di interesse culturale o sportivo. Laddove richiesto, l'accompagnamento nello svolgimento delle predette attività, viene effettuato con mezzo autorizzato dall'Ente gestore del servizio;
- prestazioni igienico-sanitarie di semplice attuazione (segnalazione al medico curante di qualsiasi anomalia inerente la salute dell'utente, collaborazione con il personale infermieristico alla gestione della persona ammalata).

### **3. DESTINATARI DEL SERVIZIO**

Possono fruire del Servizio di Assistenza Domiciliare (S.A.D.) i soggetti di cui all'art. 7 del "Regolamento Unico per l'accesso alle prestazioni e la compartecipazione finanziaria degli utenti al costo delle prestazioni" approvato con Delibera del Coordinamento Istituzionale n. 45 del 24.11.2022:

- i cittadini italiani residenti nei Comuni associati dell'Ambito Territoriale di Gagliano Del Capo (Alessano, Castrignano del Capo, Corsano, Gagliano del Capo, Miggiano, Montesano Salentino, Morciano di Leuca, Patù, Presicce-Acquarica, Salve, Specchia, Tiggiano, Tricase e Ugento), coincidente con il Distretto Socio-Sanitario n. 10 ASL Lecce;
- i cittadini di Stati membri dell'Unione Europea e i loro familiari, nonché i cittadini stranieri di cui all'art. 41 del D.L.vo 286/98 nel rispetto degli accordi internazionali, fatta salva la garanzia dell'erogazione degli interventi indifferibili, da garantirsi secondo le modalità definite dall'art. 20 del Regolamento Regionale attuativo della L.R. 19/2006;
- i cittadini italiani, gli stranieri, i profughi, i rimpatriati, i rifugiati, gli apolidi, dimoranti anche temporaneamente, nel rispetto degli accordi interregionali e internazionali di cui alla normativa vigente, ferma restando l'erogazione degli interventi indifferibili, da garantirsi secondo le modalità definite dall'art. 20 del Regolamento Regionale attuativo della L.R. 19/2006;
- le famiglie affidatarie, che abbiano assunto la responsabilità di un progetto di affidamento minori o di affidamento anziani;

Tutte le persone occasionalmente presenti o temporaneamente dimoranti nel territorio dei Comuni dell'Ambito hanno comunque diritto agli interventi urgenti e non differibili alle condizioni e con i limiti previsti dalla normativa nazionale e regionale vigente, secondo le procedure introdotte dalle medesime leggi, nonché dal Piano Sociale Regionale, ed - eventualmente - dal Piano Sociale di Zona, anche per quanto riguarda le azioni di rivalsa nei confronti del comune di residenza.

### **4. REQUISITI SPECIFICI E MODALITA' DI AMMISSIONE AL SERVIZIO**

Il servizio SAD verrà erogato con assoluta priorità agli anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti o parzialmente autosufficienti e ai disabili affetti da malattie croniche invalidanti e/o progressivo terminali (allegato 3 al DPCM 159/201) prive di una rete familiare in grado di assicurare loro idoneo sostegno.

A parità delle precedenti condizioni, il servizio sarà erogato ai cittadini che rientrano nelle fasce di reddito più basse, e comunque fino a concorrenza delle risorse disponibili.

La richiesta/segnalazione di assistenza può essere avanzata dalla rete informale territoriale (famiglia, vicinato, volontariato ecc.), ovvero dalla rete formale territoriale (MMG, PLS, Servizio Sociale comunale e Unità Operative distrettuali ed extradistrettuali, Dipartimenti e Presidi ospedalieri).

L'istanza di ammissione al servizio viene formulata su apposito modulo disponibile c/o l'ufficio dei servizi sociali comunali, corredata dalla documentazione necessaria per comprovare il bisogno (verbali commissioni sanitarie) e da certificazione ISEE ordinario in corso di validità e consegnata al medesimo ufficio.

L'Assistente Sociale dell'Ambito Territoriale/Comune effettua visita domiciliare e dopo aver verificato i requisiti di ammissibilità al servizio, compila la Scheda di rilevazione del bisogno, che avrà una durata semestrale.

La Referente del servizio convalida la Scheda di rilevazione del bisogno e istruisce le istanze in base all'ordine di arrivo. Sono ammessi al servizio i richiedenti la cui domanda avrà raggiunto una soglia minima di n. 65 punti, calcolata sulla base dei criteri di seguito indicati.

INDICE DI BARTHEL	RANGE	PUNTI
ANZIANO/DISABILE CON TOTALE COMPROMISSIONE DELL'AUTONOMIA	32-48	60
ANZIANO/DISABILE CON GRAVE COMPROMISSIONE DELL'AUTONOMIA	16-31	50
ANZIANO/DISABILE CON LIEVE COMPROMISSIONE DELL'AUTONOMIA	0-15	40

SUPPORTO RETE SOCIALE	RANGE	PUNTI
ANZIANO/DISABILE NON SUFFICIENTEMENTE ASSISTITO	165-240	40
ANZIANO/DISABILE PARZIALMENTE ASSISTITO	85-160	20
ANZIANO/DISABILE BEN ASSISTITO ASSISTITO	0-80	0

CAPACITA' ECONOMICA	RANGE	PUNTI
	0-2.000	16
	2.001-5.000	14
	5.001-10.000	12
	10.001-15.000	10
	15.001-20.000	8
	20.001-25.000	6
	25.001-30.000	4
	30.001-35.000	2
35.001-40.000	0	

Nell'attribuzione dei punteggi, l'Ambito ha deciso di privilegiare l'area relativa alla "condizione psico-fisica del beneficiario" (parametrizzato attraverso l'indice di Barthel), sommando in percentuale a questo valore, i punteggi conseguiti relativamente alle aree: "supporto della rete sociale" e "capacità economica".

[PUNTEGGIO INDICE DI BARTHEL + (PUNTEGGIO SUPPORTO RETE SOCIALE x PUNTEGGIO INDICE DI BARTHEL)/100 + (PUNTEGGIO CAPACITA' ECONOMICA x PUNTEGGIO INDICE DI BARTHEL)/100].

L'attivazione dell'intervento domiciliare deve essere assicurato, **entro cinque giorni lavorativi**, dall'ammissione al servizio, compatibilmente con le ore disponibili.

Sulla base delle previsioni di spesa determinate dall'andamento delle richieste e dall'utenza già in carico, in caso di sovrannumero di istanze valutate positivamente, si procede all'inserimento degli utenti in una lista

d'attesa graduata sulla base dei punteggi ottenuti. Qualora vi fossero delle rinunce o si rendessero liberi dei posti, si procederà ad avviare il servizio a favore del beneficiario con maggiore punteggio.

In caso di più domande con lo stesso punteggio, la discriminante per la scelta della priorità all'ammissione al servizio è rappresentata dalla data di presentazione delle domande medesime.

**Le prestazioni sono erogate** presso il domicilio dell'utente o presso il domicilio in cui l'anziano/disabile vive abitualmente e sono effettuate **dal lunedì al sabato**, in orario sia antimeridiano che pomeridiano, a partire **dalle ore 7,00 e non oltre le ore 20,00**, secondo le esigenze degli utenti ed i livelli di intensità assistenziale.

Il servizio deve mantenere caratteristiche di flessibilità nei tempi e nelle modalità di erogazione delle prestazioni, nel rispetto di orari modulati sulle esigenze degli utenti.

Il **monte ore settimanale** delle prestazioni viene stabilito in rapporto alle esigenze definite nella Scheda di rilevazione del bisogno di ogni beneficiario e comunque non dovrà essere superiore alle **6 (sei) ore settimanali per utente** e le **9 (nove) ore settimanali per coppia di utenti** appartenenti allo stesso nucleo familiare.

Con riferimento al Servizio di Assistenza Domiciliare, una quota parte delle ore disponibili, pari al 5% dello stanziamento complessivo viene finalizzata per far fronte a necessità di intervento impreviste ed urgenti in ragione della gravità della situazione personale e/o familiare del destinatario del servizio.

Nel caso in cui l'Équipe Integrata valuti una situazione di **"urgenza sociale"**, provvederà ad avviare il servizio entro 48 ore dal ricevimento della richiesta

## **5. SOSPENSIONE O INTERRUZIONE DEL SERVIZIO PER VOLONTÀ DELL'UTENTE**

Nel caso in cui il cittadino – utente dovesse manifestare al Servizio Sociale Territoriale, per motivate esigenze personali e/o per impossibilità sopravvenuta, la volontà di non usufruire, in via temporanea (sospensione) o definitiva (interruzione), del servizio fornitogli, dovrà formalizzare tempestivamente tale volontà per iscritto.

Il Servizio Sociale di riferimento trasmetterà formale comunicazione all'Ufficio di Piano che, a sua volta, ne fornirà comunicazione al fornitore.

Le ore non erogate durante il periodo di sospensione non potranno essere recuperate.

La sospensione temporanea del servizio, in ogni caso, non potrà superare un mese, in caso contrario il cittadino dovrà procedere a presentare nuova istanza di ammissione al beneficio per l'avvio di una nuova procedura. La validità della Scheda di rilevazione del bisogno resterà sospesa per uguale periodo, senza che alcun compenso sia dovuto al fornitore, né dal cittadino – utente, né dall'Ambito Territoriale.

## **6. VALIDAZIONE SCHEDA DI RILEVAZIONE DEL BISOGNO E MONITORAGGIO DEGLI INTERVENTI**

La Scheda di rilevazione del bisogno deve definire esplicitamente e in maniera analitica, in rapporto ai bisogni accertati la tipologia di servizi e prestazioni da erogare, le modalità di erogazione, le figure professionali impegnate, la tipologia degli interventi e la periodicità dei singoli accessi.

La valutazione degli interventi di assistenza domiciliare viene effettuata dall'Equipe Integrata attraverso strumenti propri della professione (telefonate, colloqui con caregivers/familiari, incontri con i coordinatori o riunioni d'équipe con gli operatori, visite domiciliari,...) per garantire il costante monitoraggio e la valutazione periodica della corretta attuazione e dell'appropriatezza della Scheda di rilevazione e di tutti gli aspetti legati al progetto più generale di assistenza.

In qualsiasi momento la Scheda di rilevazione potrà essere modificata o integrata in seguito al sopraggiungere di nuovi elementi che ne richiedano la revisione e sulla base di quanto emerso dal

confronto con i soggetti coinvolti (familiari, operatori e coordinatori Enti Gestori).

Resta inteso inoltre che, la **Scheda di rilevazione ha durata semestrale pertanto, trascorsi 6 mesi dalla presa in carico si procede alla rivalutazione del caso.**

## 7. MODALITÀ DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DEL SERVIZIO

Riveste assoluta importanza la qualità della relazione di aiuto che si instaura tra l'operatore e le persone/famiglie destinatarie del servizio, relazione che deve essere caratterizzata da modalità di rispetto e riservatezza oltre a quanto già previsto dalla normativa per il trattamento dei dati sensibili.

Il servizio dovrà essere erogato secondo il rispetto dei principi generali della deontologia professionale. Per il Servizio di Assistenza Domiciliare, il soggetto erogatore fornirà a propria cura e spese tutto il materiale necessario allo svolgimento delle attività, nel rispetto delle norme in materia di sicurezza, e comunque le seguenti attrezzature:

- camicie e calzari monouso, in particolare per le situazioni a rischio per gli operatori o per gli altri utenti (es. micosi, patologie infettive, scarsa igiene ambientale, etc.);
- guanti monouso in lattice (per l'igiene personale) e guanti in gomma (per le pulizie) per il proprio personale;
- mascherine di protezione monouso da utilizzare in caso di necessità;
- cartellino di riconoscimento per gli operatori;
- contenitori per guanti, sapone, disinfettante e salviette monouso, rispettando, in tal modo, i criteri di professionalità adeguati al bisogno.

Agli operatori sono richieste prestazioni coerenti con la propria professionalità, quali:

- lavare le mani prima di mettere i guanti monouso ed a intervento ultimato;
- verificare la presenza di strumenti, materiale, ausili, indumenti necessari per l'intervento nella camera e/o nel bagno, accertandone l'idoneità e posizionandoli nei punti dove se ne preveda l'utilizzo.

Agli operatori è inoltre richiesto di:

- fornire informazioni, supporto alla persona e alla famiglia rispetto alla possibilità di utilizzare ausili funzionali all'assistenza, qualora se ne ravvisi la necessità;
- accedere all'abitazione con tesserino di riconoscimento;
- informarsi sulle condizioni della persona direttamente e/o con il familiare (non solo con il familiare);
- informare e coinvolgere la persona sull'intervento che si andrà a fare e stimolare la sua collaborazione nel rispetto delle autonomie residue;
- porre attenzione all'ambiente (controllo del micro clima e dell'illuminazione);
- porre attenzione al rispetto della privacy;
- verificare il livello di gradimento dell'intervento con la persona e con la famiglia al momento del commiato dalla persona e dalla famiglia;
- dare suggerimenti sul compito di cura, trasmettendo ai familiari le informazioni necessarie sul metodo utilizzato nell'intervento (es. per la mobilitazione, l'igiene personale) utili a dare continuità all'intervento stesso;
- adottare protocolli operativi di emergenza qualora risulti impossibile accedere al domicilio della persona per lo svolgimento delle prestazioni assistenziali.

Inoltre, per il corretto svolgimento del servizio è necessario che ogni operatore compili la seguente documentazione:

- foglio di servizio individuale
- calendario delle attività

Nel caso in cui, durante gli interventi, venissero rilevate dall'operatore alterazioni delle condizioni fisiche

o psichiche della persona, l'informazione va trasmessa ai familiari e, se possibile, alla persona stessa e, in ogni caso, all'Assistente Sociale referente per il caso.

## **8. FIGURE PROFESSIONALI RICHIESTE**

Il S.A.D. verrà prestato dall'ente gestore mediante propri operatori d'ambo i sessi, in numero adeguato alle richieste pervenute, adeguatamente preparati per il tipo di utenza ed in possesso dei seguenti requisiti:

- idoneità fisica alla mansione;
- in possesso di titoli formativi rilasciati da enti autorizzati/accreditati dalla Regione Puglia o da altre Regioni; titoli di qualifica/diploma rilasciati dal sistema scolastico nazionale; titoli rilasciati in altri Stati della Comunità europea o anche al di fuori della stessa, dichiarati equipollenti ai sensi della vigente normativa, attinenti alle tematiche sociali, per l'accesso ai quali sia previsto come requisito il possesso del titolo della scuola secondaria inferiore – scuola media, con formazione specifica su tematiche socio-assistenziali e di assistenza alla persona; possesso dell'attestato O.S.S. rilasciato da scuola, istituto o ente riconosciuto dalla Regione Puglia;
- altre figure professionali eventualmente necessarie in funzione dei Progetti Assistenziali Individualizzati.

Il fornitore deve garantire la presenza di un Coordinatore tecnico-gestionale del servizio che assicuri il raccordo e il collegamento con l'Ambito.

Il Coordinatore dovrà essere in possesso di diploma di laurea dei settori delle scienze sociali, psicologiche o pedagogiche.

Al coordinatore è richiesto di:

- fare da referente per gli operatori del servizio sociale al fine di garantire gli obiettivi e gli interventi previsti nella Scheda di rilevazione del bisogno
- essere referente per la comunicazione e la valutazione delle attività
- effettuare il coordinamento dei propri operatori.

## **TITOLO SECONDO**

### **Regolamento del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI di I° e II° Livello) e Dimissioni Ospedaliere Protette (D.O.P.)**

#### **9. FINALITA' DEL SERVIZIO E OBIETTIVI SPECIFICI**

La finalità del servizio consiste nel fornire, ai cittadini anziani e/o disabili in condizioni di fragilità, prestazioni socio-assistenziali e sanitarie in forma integrata, che consentono di conservare l'autonomia di vita nel proprio nucleo familiare, evitando l'istituzionalizzazione o l'ospedalizzazione.

Nello specifico, gli interventi di Assistenza Domiciliare Integrata hanno la finalità di:

- individuare un programma personalizzato di interventi socio-sanitari continuativi, attraverso un approccio multidisciplinare che prevede la partecipazione integrata di professioni sociali e professioni sanitarie;
- consentire un miglioramento della qualità della vita e promuovere lo sviluppo delle capacità residue degli utenti;
- rendere tempestive le dimissioni ospedaliere ed assicurare la continuità assistenziale attraverso lo strumento della dimissione protetta (D.O.P.);
- favorire l'integrazione ed il collegamento con i servizi sanitari e socio-sanitari in grado di

concorrere all'autonomia della persona;

- promuovere la responsabilità del singolo e/o della famiglia, senza peraltro sostituirsi ad essi;
- sostenere il nucleo familiare di persone non autosufficienti.

## 10. TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI

Le prestazioni di A.D.I. vengono erogate sulla base di progetti individuali di intervento predisposti dall'U.V.M.

Le prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata consistono in:

- attività di informazione sui diritti, pratiche e servizi, con svolgimento di piccole commissioni e/o di pratiche amministrative;
- attività di aiuto alla persona nello svolgimento delle normali attività quotidiane (attività previste anche per il servizio S.A.D.), attività igienico sanitarie di semplice attuazione e attività di sostegno alla mobilità personale (mobilizzazione attiva e passiva dell'assistito a letto e prestazioni similari, massaggi e frizioni per prevenire le piaghe da decubito, assistenza e collaborazione con eventuali familiari o personale infermieristico nella sorveglianza per la corretta assunzione di farmaci e delle prescrizioni mediche, misurazione della temperatura corporea, aiuto nella raccolta del materiale biologico per esami clinici, rilievi di segnali o sintomi di malattia per l'opportuna segnalazione, aiuto nell'uso di presidi o ausili sanitari);
- attività di cura, infermieristiche, riabilitative e riattivanti, da effettuarsi sotto il controllo del personale medico.

## 11. DESTINATARI DEL SERVIZIO

Possono fruire del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) di I' e II' livello i soggetti di cui all'art. 7 del "Regolamento Unico per l'accesso alle prestazioni e la compartecipazione finanziaria degli utenti al costo delle prestazioni" approvato con Delibera del Coordinamento Istituzionale n. 45 del 24.11.2022:

- i cittadini italiani residenti nei Comuni Associati dell'Ambito Territoriale di Gagliano Del Capo (Alessano, Castrignano del Capo, Corsano, Gagliano del Capo, Miggiano, Montesano Salentino, Morciano di Leuca, Patù, Presicce-Acquarica, Salve, Specchia, Tiggiano, Tricase e Ugento coincidente con il Distretto Socio-Sanitario n. 10, ASL Lecce;
- i cittadini di Stati membri dell'Unione Europea e i loro familiari, nonché i cittadini stranieri di cui all'art. 41 del D.L.vo 286/98 nel rispetto degli accordi internazionali, fatta salva la garanzia dell'erogazione degli interventi indifferibili, da garantirsi secondo le modalità definite dall'art. 20 del Regolamento Regionale attuativo della L.R. 19/2006;
- i cittadini italiani, gli stranieri, i profughi, i rimpatriati, i rifugiati, gli apolidi, dimoranti anche temporaneamente, nel rispetto degli accordi interregionali e internazionali di cui alla normativa vigente, ferma restando l'erogazione degli interventi indifferibili, da garantirsi secondo le modalità definite dall'art. 20 del Regolamento Regionale attuativo della L.R. 19/2006;
- le famiglie affidatarie, che abbiano assunto la responsabilità di un progetto di affido minori o di affido anziani;

Tutte le persone occasionalmente presenti o temporaneamente dimoranti nel territorio dei Comuni dell'Ambito hanno comunque diritto agli interventi urgenti e non differibili alle condizioni e con i limiti previsti dalla normativa nazionale e regionale vigente, secondo le procedure introdotte dalle medesime leggi, nonché dal piano sociale regionale, ed – eventualmente- dal Piano Sociale di Zona, anche per quanto riguarda le azioni di rivalsa nei confronti del comune di residenza.

## 12. REQUISITI SPECIFICI E MODALITA' DI AMMISSIONE AL SERVIZIO

Il servizio sarà erogato con assoluta priorità a persone con bisogni complessi che necessitano di continuità assistenziale ed interventi pianificati e, a parità delle precedenti condizioni, a partire dalle fasce di reddito più basse, e comunque fino a concorrenza delle risorse disponibili.

Nello specifico il servizio A.D.I. è rivolto a:

- anziani non autosufficienti con diritto all'indennità di accompagnamento (L. 508/88, art. 1, c.2, lettera b);
- adulti e minori disabili psichici e fisici in condizioni di complessità assistenziale con documentata certificazione di invalidità con diritto all'indennità di accompagnamento (L. 508/88, art. 1, comma 2, lettera b; L. 18/80 art. 1, comma 2);
- persone con gravi patologie che comportano una riduzione delle capacità funzionali anche in via temporanea oppure non ancora certificate.

La richiesta/segnalazione di assistenza può essere avanzata dalla rete informale territoriale (famiglia, vicinato, volontariato ecc), ovvero dalla rete formale territoriale (MMG, PLS, Servizio Sociale comunale e Unità Operative distrettuali ed extradistrettuali, Dipartimenti e Presidi ospedalieri).

L'istanza di ammissione al servizio viene formulata su appositi moduli (A, B, D), disponibili c/o la Porta Unica di Accesso dell'Ambito (P.U.A.) o presso l'ufficio dei servizi sociali comunali, corredata dalla documentazione necessaria a comprovare il bisogno (verbali commissioni sanitarie) e da certificazione ISEE ristretto in corso di validità. La domanda viene consegnata alla PUA dove, in seguito alla valutazione multidimensionale e multidisciplinare delle situazioni di bisogno socio sanitario complesso effettuata dai componenti dell'U.V.M., viene redatto e sottoscritto il Progetto Assistenziale Individualizzato (P.A.I.) che successivamente viene inviato all'Ufficio di Piano per gli opportuni adempimenti.

La Valutazione Multidimensionale e la redazione del Progetto Assistenziale Individualizzato per la presa in carico del beneficiario, compete all'UVM del Distretto Socio Sanitario di residenza della persona interessata alla valutazione.

L'UVM ha una composizione variabile di tipo funzionale. Il contributo di ciascun professionista (medico, infermiere, assistente sociale, terapeuta) è richiesto in riferimento al bisogno specifico del paziente da valutare.

Sono comunque **componenti irrinunciabili** il Direttore del Distretto o suo delegato, il Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta e l'Assistente Sociale dell'Ambito Territoriale/Comune di residenza della persona.

L'U.V.M. effettua la valutazione utilizzando le schede S.Va.M.A. e S.Va.M.Di. (di cui alla Del. di G.R. n. 2814 del 12.12.2011) che devono essere complete di tutti i dati sia di tipo sanitario, di competenza dei medici competenti per il caso; sia di tipo sociale, di competenza delle assistenti sociali comunali che andranno a specificare il numero degli accessi orari; la presenza di altre figure che si occupano dell'aspetto socio-assistenziale dell'utente o di altro componente del nucleo familiare (HCP, SAD/ADI di Ambito o Buoni Servizio; ProVi; Assistenza Domiciliare comunale...); l'importo dell'ISEE ristretto in corso di validità.

Il Progetto Assistenziale Individualizzato, redatto e sottoscritto dai componenti dell'UVM mediante lo strumento "Piano di Assistenza Individuale" (PAI) approvato dalla Regione Puglia con la citata D.G.R. n. 2814/2011, tiene conto dei bisogni, delle aspettative e priorità del richiedente e dei suoi familiari, delle sue menomazioni, disabilità e, soprattutto, delle risorse-abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari.

Il PAI definisce esplicitamente e in maniera analitica:

- gli obiettivi e i risultati che si intendono raggiungere sia riguardo al richiedente che ai suoi familiari, i quali possono talvolta, costituire un target prioritario dell'intervento;
- il regime prestazionale (domiciliare, semiresidenziale, residenziale), il suo livello di intensità e la durata complessiva del progetto assistenziale;
- le azioni, la tipologia delle prestazioni e le figure professionali impegnate;
- la qualità, le modalità, la frequenza e la durata (n. di accessi MMG/PLS, consulenze specialistiche programmate, n. ore giornaliere e settimanali di assistenza domiciliare ecc.) di ogni tipologia di intervento/prestazione, necessari al raggiungimento degli esiti desiderati;
- la/e struttura/e di riferimento per l'invio e la presa in carico della persona sulla base di criteri di scelta ottimali rispetto alla natura del bisogno ed alle condizioni territoriali di offerta dei servizi;
- la disponibilità e le quantità di presidi e materiali vari;
- l'individuazione (competenze e funzioni) delle figure di riferimento: referente familiare (care giver) ed un responsabile della presa in carico (case manager);
- gli strumenti (riunioni di verifica/coordinamento/ecc., schede/registri/diario clinico/ecc, indicatori di processo e di risultato, report, ecc) le scadenze e metodi della verifica del progetto personalizzato, in itinere ed ex post, con particolare attenzione:
  - alla valutazione periodica dei risultati;
  - alla verifica della congruità delle misure/risorse impegnate rispetto agli obiettivi prefissati;
  - alla modalità per garantire la sovrintendenza e verifica delle prestazioni effettuate da soggetti del privato-sociale e privato-accreditato, evitando il rischio di una scissione tra prescrittore pubblico ed erogatore privato e di un affidamento totale a quest'ultimo attraverso periodici momenti di incontro, verifica ed indirizzo in sede di intervento (domicilio, RSA) da parte del servizio pubblico.

Copia del PAI è conservata presso il DSS in un fascicolo personale nel quale è conservata tutta la documentazione relativa all'assistito. Copia dello stesso viene inviata all'Ufficio di Piano per gli opportuni adempimenti.

L'attivazione degli accessi domiciliari dell'OSS da parte dell'Ambito, viene garantita **entro cinque giorni lavorativi**, dalla data di arrivo della 'richiesta di attivazione del servizio' da parte della PUA e compatibilmente con le ore rimaste disponibili.

Contestualmente, la Referente ADI, invia alla PUA riscontro dell'attivazione.

Le prestazioni sono erogate presso il domicilio dell'utente o presso il domicilio in cui l'anziano/disabile vive abitualmente secondo la seguente articolazione:

- **l'Assistenza Domiciliare Integrata di Primo Livello** si articola su 5 giorni su 7 (dal lunedì al venerdì), nella fascia oraria 8 - 20, con una operatività del servizio di 8 ore al giorno, per un massimo di 5 ore a settimana;
- **Assistenza Domiciliare Integrata di Secondo Livello** si articola su 6 giorni su 7 (dal lunedì al sabato), nella fascia oraria 8 - 20, con una operatività del servizio di 10 ore al giorno, dal lunedì al venerdì e 6 ore il sabato, per un massimo di 9 ore a settimana.

Il servizio deve mantenere caratteristiche di flessibilità nei tempi e nelle modalità di erogazione delle prestazioni, nel rispetto di orari modulati sulle esigenze degli utenti.

Sulla base delle previsioni di spesa determinate dall'andamento delle richieste e dall'utenza già in carico, in caso di sovrannumero di istanze valutate positivamente dall' U.V.M., si procede all'inserimento delle richieste in una lista d'attesa ordinata sulla base della data di presentazione delle domande stesse.

Con riferimento al servizio ADI, una quota parte delle ore disponibili, pari al 5% dello stanziamento complessivo viene finalizzata per far fronte a necessità di intervento impreviste ed urgenti in ragione della gravità della situazione personale e/o familiare del destinatario del servizio.

Nel caso in cui la P.U.A. segnali all'Équipe Integrata, una situazione di **“urgenza sociale”**, la stessa, provvederà ad avviare il servizio **entro 48 ore** dal ricevimento della richiesta.

### 13. SITUAZIONI COMPLESSE

Come indicato nelle Linee Guida Regionali per le Cure Domiciliari Integrate D.G.R. 630/2015, qualora vengano rilevati dall'Equipe Integrata di Ambito, bisogni assistenziali complessi e/o gravi livelli di non autosufficienza, l'Ambito Territoriale può attivare a favore della stessa persona, sia il servizio ADI (di I' o II' livello) che il servizio SAD per massimo **n. 15 ore settimanali per utente, n. 18 ore settimanali per coppia di utenti** appartenenti allo stesso nucleo familiare.

Nel caso siano attivi altri servizi di assistenza domiciliare (SAD/ADI Buoni Servizio; HCP; ProVi; Assistenza Domiciliare comunale...), i servizi di Ambito saranno attivati con un numero di ore tali da compensare il tetto massimo di **n. 15 ore settimanali per utente, n. 18 ore settimanali per coppia di utenti** appartenenti allo stesso nucleo familiare

### 14. DIMISSIONI OSPEDALIERE PROTETTE (D.O.P.)

La Dimissione Ospedaliera Protetta (D.O.P.) riguarda il trasferimento del paziente in fase immediatamente post-critica, dall'ospedale al territorio. É una sequenza di interventi integrati volti a facilitare la continuità delle cure tra l'ambito specialistico ospedaliero e l'ambito dell'assistenza primaria, rappresentato dalla rete dei servizi sociosanitari territoriali.

La DOP è un “meccanismo” di tutela delle persone fragili, vale a dire persone a rischio per le seguenti situazioni:

- condizioni cliniche precarie, per le quali deve essere garantita la continuità delle cure;
- inadeguatezza socio-economica e/o della rete familiare, amicale e parentale.

Ha la finalità di favorire il rientro del paziente a domicilio predisponendo un progetto assistenziale individualizzato e integrato con valenza sociale e sanitaria, costruito sul bisogno.

Il percorso della dimissione protetta deve garantire anche la tutela e l'accompagnamento della famiglia nella gestione della condizione di non autosufficienza, coinvolgendola nel percorso di cura.

I casi di eleggibilità per la DOP verso le cure domiciliari sono rappresentati da:

A) paziente stabilizzato ma in compenso labile, che necessita di monitoraggio clinico stretto nei primi giorni dopo la dimissione;

B) paziente in condizioni di fragilità che rientra nel proprio ambiente di vita in presenza di idonea situazione igienico-sanitaria e con un'adeguata rete familiare di sostegno (familiare o altro soggetto in grado di sostenere in maniera efficace il ruolo di care-giver).

In assenza delle condizioni sub A. e sub B. la dimissione protetta viene indirizzata verso una struttura residenziale.

Nella ipotesi di DOP la valutazione del caso è preventiva rispetto alla dimissione e deve, pertanto, essere effettuata in ospedale. In ogni caso non si può procedere alla dimissione ospedaliera in assenza di preventivo accordo con i servizi territoriali e/o la rete familiare di supporto.

La direzione medica dell'ospedale dove è ricoverato il paziente, invia al Distretto di residenza

dell'assistito, la richiesta di DOP unitamente alla scheda di valutazione compilata e corredata da una relazione clinica in cui, oltre alla diagnosi, viene indicata la data prevista per la dimissione ed i bisogni assistenziali della persona. La condizione di dimissibilità ed il rientro a domicilio devono essere condivisi ed approvati, in sede di valutazione, dal MMG/PLS dell'assistito.

L'assistente sociale competente per il caso redige la relazione sociale con informazioni relative alla situazione familiare ed alle reti di supporto. In particolare, la relazione dovrà evidenziare le situazioni di eventuale assenza o impossibilità della rete parentale e/o amicale ad assistere il congiunto a domicilio, specificando la motivazione di tale indisponibilità.

Indipendentemente dall'esito della valutazione, il coordinatore dell'UVM ne dà comunicazione all'assistito e/o ai suoi familiari, al responsabile medico ospedaliero e, nel caso in cui sia stata valutata l'opportunità di un ricovero in struttura residenziale, alla struttura residenziale individuata.

Sulla base del Progetto, che definisce tempi e modalità delle prestazioni erogate, rivedibile mensilmente o almeno trimestralmente, possono essere fornite, dall' Ambito Territoriale, in forma singola o integrata, le seguenti prestazioni di assistenza:

- Assistenza domiciliare: Interventi di supporto alla persona nella gestione della vita quotidiana e/o con esigenza di tutela, al fine di garantire il recupero/mantenimento dell'autosufficienza residua, per consentire la permanenza al domicilio il più a lungo possibile e ritardando un eventuale ricorso alla istituzionalizzazione, attraverso un sostegno diretto nell'ambiente domestico e nel rapporto con l'esterno. Costituiscono pertanto ambiti di intervento la cura e igiene della persona, prestazioni igienico-sanitarie di semplice attuazione, la cura e l'igiene ambientale, il disbrigo pratiche, l'accompagnamento a visite, la spesa e la preparazione dei pasti, l'aiuto nella vita di relazione, ecc.
- Telesoccorso: Installazione di un terminale sul telefono di casa, che mette in collegamento la persona 24 ore su 24 con una centrale operativa in grado di attivare un intervento immediato in situazioni di necessità. È necessario che il gestore metta a disposizione personale presente 24 ore su 24 presso la sede della centrale operativa, in grado sia di ricevere le telefonate ed attivare gli opportuni interventi sia di effettuare telefonate "monitoraggio" ai soggetti in carico.
- Pasti a domicilio: Servizio di consegna pasti espletato direttamente presso l'abitazione dell'anziano. Il fornitore provvede direttamente al confezionamento e alla consegna a domicilio di pasti.

Per le procedure di attivazione si rimanda ad apposito Protocollo Operativo tra Distretto Socio-Sanitario e Ambito Territoriale.

## **15. SOSPENSIONE O INTERRUZIONE DEL SERVIZIO PER VOLONTÀ DELL'UTENTE**

Nel caso in cui il cittadino – utente dovesse manifestare al Servizio Sociale Territoriale, per motivate esigenze personali e/o per impossibilità sopravvenuta, la volontà di non usufruire, in via temporanea (sospensione) o definitiva (interruzione), del servizio fornitogli, dovrà formalizzare immediatamente tale volontà per iscritto.

Il Servizio Sociale di riferimento trasmetterà formale comunicazione alla PUA e all'Ufficio di Piano per gli opportuni adempimenti.

Le ore non erogate durante il periodo di sospensione non potranno essere recuperate.

La sospensione temporanea del servizio, in ogni caso, non potrà superare un mese. In caso contrario, il cittadino dovrà procedere a presentare nuova istanza di ammissione al beneficio per l'avvio di una nuova procedura.

In caso di sospensione temporanea del servizio, la validità del P.A.I. resterà sospesa per uguale periodo, senza che alcun compenso sia dovuto al fornitore, né dal cittadino – utente, né dall'Ambito Territoriale.

## 16. VALIDAZIONE PAI MONITORAGGIO DEGLI INTERVENTI

Il monitoraggio degli interventi di assistenza domiciliare socio assistenziale, viene effettuata dall'Equipe Integrata attraverso strumenti propri della professione (telefonate, colloqui con caregivers/familiari, incontri con i coordinatori o riunioni d'équipe con gli operatori, visite domiciliari,...) per garantire la verifica periodica della corretta attuazione e dell'appropriatezza del PAI e di tutti gli aspetti legati al progetto più generale di assistenza. In qualsiasi momento il PAI potrà essere modificato, integrato o ridotto in seguito al sopraggiungere di nuovi elementi che ne richiedano la revisione e sulla base di quanto emerso dal confronto con i soggetti coinvolti (familiari, operatori e coordinatori Enti Gestori).

## 17. MODALITÀ DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DEL SERVIZIO

La gestione e l'organizzazione del servizio deve essere ispirata al principio della flessibilità ed erogato secondo quanto indicato nel P.A.I., redatto in sede di U.V.M.

Riveste assoluta importanza la qualità della relazione di aiuto che si instaura tra l'operatore e le persone/famiglie destinatarie del servizio, relazione che deve essere caratterizzata da modalità di rispetto e riservatezza oltre a quanto già previsto dalla normativa per il trattamento dei dati sensibili.

Il servizio dovrà essere erogato secondo il rispetto dei principi generali della deontologia professionale. Per il servizio di A.D.I, il soggetto erogatore fornirà a propria cura e spese tutto il materiale necessario allo svolgimento delle attività, nel rispetto delle norme in materia di sicurezza, e comunque le seguenti attrezzature:

- camicie e calzari monouso, in particolare per le situazioni a rischio per gli operatori o per gli altri utenti (es. micosi, patologie infettive, scarsa igiene ambientale, etc.);
- guanti monouso in lattice (per l'igiene personale) per il proprio personale;
- mascherine di protezione monouso da utilizzare in caso di necessità;
- cartellino di riconoscimento per gli operatori;

Agli operatori sono richieste prestazioni coerenti con la propria professionalità, quali:

- lavare le mani prima di mettere i guanti monouso ed a intervento ultimato;
- verificare la presenza di strumenti, materiale, ausili, indumenti necessari per l'intervento nella camera e/o nel bagno, accertandone l'idoneità e posizionandoli nei punti dove se ne preveda l'utilizzo.

Agli operatori è inoltre richiesto di:

- fornire informazioni, supporto alla persona e alla famiglia rispetto alla possibilità di utilizzare ausili funzionali all'assistenza, qualora se ne ravvisi la necessità;
- accedere all'abitazione con tesserino di riconoscimento;
- informarsi sulle condizioni della persona direttamente e/o con il familiare;
- informare e coinvolgere la persona sull'intervento che si andrà a fare e stimolare la sua collaborazione nel rispetto delle autonomie residue;
- porre attenzione all'ambiente (controllo del micro clima e dell'illuminazione);
- porre attenzione al rispetto della privacy;
- verificare il livello di gradimento dell'intervento con la persona e con la famiglia al momento del commiato dalla persona e dalla famiglia;
- dare suggerimenti sul compito di cura, trasmettendo ai familiari le informazioni necessarie sul metodo utilizzato nell'intervento (es. per la mobilitazione, l'igiene personale) utili a dare continuità all'intervento stesso;
- adottare protocolli operativi di emergenza qualora risulti impossibile accedere al domicilio della

persona per lo svolgimento delle prestazioni assistenziali.

Inoltre, per il corretto svolgimento del servizio è necessario che ogni operatore tenga presente/compili la seguente documentazione:

- foglio di servizio individuale degli operatori, di cui al precedente articolo 11;
- calendario delle attività;
- relazioni mensili.

Nel caso, durante gli interventi, venissero rilevate dall'operatore alterazioni delle condizioni fisiche o psichiche della persona, l'informazione va trasmessa ai familiari e, se possibile, alla persona stessa e, in ogni caso, all'Assistente Sociale referente per il caso.

## **18. FIGURE PROFESSIONALI RICHIESTE**

Il Servizio di A.D.I. viene realizzato dall'Ente gestore mediante propri operatori d'ambo i sessi, in numero adeguato alle richieste pervenute, adeguatamente preparati per il tipo di utenza ed in possesso dei seguenti requisiti:

- idoneità fisica alla mansione,
- in possesso di titoli formativi rilasciati da enti autorizzati/accreditati dalla Regione Puglia o da altre Regioni, di titoli di qualifica/diploma rilasciati dal sistema scolastico nazionale, di titoli rilasciati in altri Stati della Comunità europea o anche al di fuori della stessa, dichiarati equipollenti ai sensi della vigente normativa, attinenti alle tematiche sociali, per l'accesso ai quali sia previsto come requisito il possesso del titolo della scuola secondaria inferiore – scuola media, con formazione specifica su tematiche socio-assistenziali e di assistenza alla persona; possesso dell'attestato O.S.S. rilasciato da scuola, istituto o ente riconosciuto dalla Regione Puglia,
- altre figure laureate eventualmente necessarie in funzione del P.A.I. definito dalla U.V.M.

Il fornitore deve garantire la presenza di un coordinatore tecnico - gestionale del servizio che assicuri il raccordo e il collegamento con l'Ambito.

Il Coordinatore dovrà essere in possesso di diploma di laurea dei settori delle scienze sociali, psicologiche o pedagogiche.

Al coordinatore è richiesto di:

- fare da referente per gli operatori del servizio sociale al fine di garantire gli obiettivi e gli interventi previsti nel P.A.I.
- essere referente per la comunicazione e la valutazione delle attività
- effettuare il coordinamento dei propri operatori.

## **PARTE TERZA DISPOSIZIONI FINALI**

### **19. COMPARTECIPAZIONE AL COSTO DEL SERVIZIO**

Il Servizio di Assistenza Domiciliare Socio-Assistenziale (S.A.D.), in quanto servizio a domanda individuale, prevede la compartecipazione economica da parte del soggetto beneficiario, secondo quanto riportato nell' art. 26 del 'Regolamento Unico per l'accesso alle prestazioni e la compartecipazione finanziaria degli utenti al costo delle prestazioni'.

La compartecipazione al costo del Servizio Domiciliare S.A.D. a carico del beneficiario, è determinata in base al valore dell'Isee ordinario riferito al nucleo familiare, ed è suscettibile di variazione in base ad eventuali aggiornamenti della tariffa di riferimento regionale per le prestazioni sociali e socio-sanitarie.

<b>FASCE DI VALORE ISEE</b> <b>ISEE ORDINARIO se l'utente accede a</b> <b>servizi socio- assistenziali (S.A.D.)</b>	<b>QUOTA DI COMPARTECIPAZIONE A</b> <b>CARICO DEL BENEFICIARIO</b>
Da € 0,00 a € 2.000,00	Esente da compartecipazione
Da € 2001,00 a € 5.000,00	5% della quota sociale della tariffa
Da € 5.001,00 a € 10.000,00	10% della quota sociale della tariffa
Da € 10.001,00 a € 15.000,00	15% della quota sociale della tariffa
Da € 15.001,00 a € 20.000,00	20% della quota sociale della tariffa
Da € 20.001,00 a € 25.000,00	25% della quota sociale della tariffa
Da € 25.001,00 a € 30.000,00	30% della quota sociale della tariffa
Da € 30.001,00 a € 35.000,00	35% della quota sociale della tariffa
Da € 35.001,00 a € 40.000,00	40% della quota sociale della tariffa

La soglia al di sotto della quale il richiedente la prestazione è esentato da ogni forma di compartecipazione al costo del servizio, è individuata nel valore minimo ISEE di € 2000,00 che l'Ambito può variare con proprio atto in base all'art. 7 del R.R. n. 11 del 7 aprile 2015.

In caso di mancata presentazione dell'ISEE ovvero in caso di ISEE superiore a € 40.000,00 il servizio è a totale carico dell'utente.

Il beneficiario si impegna alla compartecipazione al costo del servizio, se dovuta, ed alla consegna dell'attestazione dell'avvenuto pagamento alla cooperativa, entro il giorno 20 di ogni mese.

Il mancato pagamento del ticket per due mensilità consecutive, comporta la **sospensione** immediata del servizio.

Il beneficiario si impegna inoltre, ad aggiornare e consegnare l'isee entro il 1° febbraio di ogni anno, pena la sospensione del servizio

## 20. RICORSI

Qualora la richiesta di assistenza domiciliare non venisse accolta, ovvero sorgessero controversie sulla quota di contribuzione stabilita sia per l'interessato che, eventualmente, per i parenti, è ammesso ricorso all'Ambito Territoriale, entro il termine di dieci giorni dalla comunicazione relativa all'esito della domanda di ammissione al servizio e dell'eventuale quota di compartecipazione da versare.

La Referente del servizio, provvederà a comunicare all'interessato l'esito del ricorso, entro il termine di 30 giorni dalla data di ricevimento dello stesso.

## 21. DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI

Il presente disciplinare entra in vigore dalla data di pubblicazione all'Albo pretorio del Comune capofila dell'Ambito Territoriale di Gagliano del Capo.

Per il periodo transitorio che precede il nuovo affidamento del servizio SAD, ADI e DOP, resta in vigore il precedente regolamento.

Per quanto non espressamente previsto nel presente documento, si rimanda al “Regolamento Unico per l’accesso alle prestazioni e la compartecipazione finanziaria degli utenti al costo delle prestazioni” approvato con Delibera del Coordinamento Istituzionale n. 45 del 24.11.2022, ed alle vigenti disposizioni normative e regolamenti in materia.

Eventuali modificazioni ed integrazioni del presente Regolamento sono adottate dal Coordinamento Istituzionale.