ORIGINALE

CONSORZIO DEI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI DEL CHIERESE
VERBALE DI DELIBERAZIONE
Assemblea Generale

Seduta in data 10/05/2007 N. 12 del Registro

OGGETTO: Approvazione Linee guida degli interventi a favore della domiciliarità.

L'anno duemilasette, addì dieci del mese di maggio alle ore 18,00 nella sede Amministrativa del C.S.S.A.C. – Vicolo Albussano 4 – Chieri.
Previo esaurimento delle formalità prescritte dalla Legge e dallo Statuto.
L'Assemblea Consortile si è riunita in sessione ordinaria ed in seduta pubblica di prima convocazione.

Risultano presenti i Signori:

- Rosella VITTONE	Delegato del sindaco p-t. del Comune di ARIGNANO (quote 1)
- Elvio GORINO	Delegato del sindaco p-t. del Comune di BERZANO S.P. (quote 1)
- Silvio MANELLO	Sindaco pro-tempore del Comune di BUTTIGLIERA d'ASTI (quote 1)
- Annelisa LESINA	Delegato del sindaco p-t del Comune di CAMBIANO (quote 4)
- VIANELLI	Delegato del sindaco p-.t. del Comune di CASTELNUOVO D.B. (quote 3)
- Manuela OLIA	Delegato del sindaco p.-t. del Comune di CHIERI (quote 18)
- Gian Luigi COCHIS	Sindaco pro-tempore del Comune di MARENTINO (quote 1)
- Marisa LASAGNA	Delegato del sindaco p.t. del Comune di MORIONDO T.SE (quote 1)
- Agostino MIRANTI	Sindaco pro-tempore del Comune di PECETTO T.SE (quote 3)
- Giuseppe CIRIO	Sindaco pro-tempore del Comune di PINO D'ASTI (quote 1)
- Andrea BIGLIA	Sindaco pro-tempore del Comune di PINO TORINESE (quote 5)
- Antonio TALLONE	Delegato del sindaco p.t. del Comune di PRALORMO (quote 1)
- Lodovico GILLIO	Sindaco pro-tempore del Comune di RIVA PRESSO CHIERI (quote 3)
- Giovanni GHIO	Delegato del sindaco p.t. del Comune di SANTENA (quote 6)
- Delfina NOVARA	Delegato del sindaco pro-tempore del Comune di POIRINO (quote 6)

Risultano assenti:

- Giovanni GOLA	Sindaco pro-tempore del Comune di ALBUGNANO (quote 1)
- Emanuelita NOSENGO	Sindaco pro-tempore del Comune di ANDEZENO (quote 1)
- Carlo CORINTO	Sindaco pro-tempore del Comune di BALDISSERO T.SE (quote 3)
- Luca AMBROSACCHIO	Sindaco pro-tempore del Comune di CERRETO (quote 1)
- Silvia COLOMBATTO	Sindaco pro-empore del Comune di ISOLABELLA (quote 1)
- Claudio BERRUTO	Sindaco pro-tempore del Comune di MOMBELLO (quote 1)
- Gianpaolo FASSINO	Sindaco pro.tempore. del Comune di MONCUCCO (quote 1)
- Giancarlo VIDOTTO	Sindaco pro.-tempore. del Comune di MONTALDO T.SE (quote 1)
- Flavio BERTELLO	Sindaco pro-tempore del Comune di PASSERANO MARMORITO (quote 1)
- Sergio BOSSI	Sindaco pro-tempore del Comune di PAVAROLO (quote 1)

Assume la Presidenza il Sig. Agostino MIRANTI. Assiste alla seduta il Segretario del Consorzio dott. Daniele PALERMITI.

Sono altresì presenti il Presidente del Consorzio, dr. Aricò, e del Direttore dr.ssa Raffaela GUERCINI.

Riconosciuta la legalità dell'adunanza, i cui atti sono depositati nella segreteria del Consorzio, il Presidente dichiara aperta la seduta per la trattazione degli argomenti iscritti all'ordine del giorno.

CONSORZIO DEI SERVIZI SOCIO
ASSISTENZIALI DEL CHIERESE
IL PRESENTE È STATO PUBBLICATO
ALL'ALBO DAL 28 MAG. 2007
AL 11 GIU. 2007
IL SEGRETARIO

CONSORZIO DEI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI DEL CHIERESE

Seduta del 10/05/2007 Verbale n. 12

OGGETTO: Approvazione Linee guida degli interventi a favore della domiciliarità.

L'ASSEMBLEA CONSORTILE

Premesso che:

- che La L. 328/2000 " Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" all'art. 16 (valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari) comma 3/d prevede tra le priorità " prestazioni di aiuto e sostegno domiciliare, anche con benefici di carattere economico, in particolare per le famiglie che assumono compiti di accoglienza, di cura di disabili fisici, psichici e sensoriali, e di altre persone in difficoltà, di minori in affidamento, di anziani".
- La L.R. 8.1.2004 n. 1 "norme per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento", definisce al Titolo IV le prestazioni ed i livelli essenziali e tra questi individua il mantenimento a domicilio delle persone e lo sviluppo della loro autonomia.

Visti i:

- D.P.C.M. 29.11.2002 " definizione dei livelli essenziali di assistenza".
- L'accordo Regionale in merito all'applicazione del succitato D.P.C.M., siglato con D.G.R 51-11389 del 23.12.2003.
- D.G.R. 41 del 7.5.2002 sulle cure domiciliari.

Ritenuto necessario approvare un documento unitario di indirizzo, avente natura regolamentare, costruito al fine di:

1. orientare l'azione , garantendone la generale appropriatezza, da parte degli operatori sociali e sanitari nella individuazione dei bisogni, nella predisposizione dei progetti di domiciliarità, nella verifica e nel monitoraggio.
2. individuare gli interventi e le prestazioni previste che concorrono alla predisposizione dei progetti individualizzati di domiciliarità, definendo quindi anche i diritti esigibili da parte dei cittadini beneficiari.
3. individuare i criteri di accesso alle prestazioni e i livelli economici di contribuzione da parte dell'utenza.

Visto l'allegato documento avente per oggetto le Linee guida degli interventi a favore della domiciliarità.

Vista la Legge 328/00;

Vista la Legge 1/2004;

Visto lo Statuto Consortile;

Visto l'art. 34 del Testo Unico del 18 agosto 2000 n. 267;
Udita l'illustrazione da parte del Direttore, dr.ssa GUERCINI, la quale sottolinea come l'individuazione delle presenti linee guida rappresenti una progettualità del piano di Zona che va a riordinare tutti gli interventi che rientrano nella domiciliarità.

Acquisito il parere in ordine alla regolarità tecnica di cui all'art. 49 comma 1 del Testo Unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti Locali di cui al D. Lgs.vo 18.08.2000 n. 267.

Dato atto che la votazione, sul testo come sopra integrato dell'Accordo di Programma, effettuata in forma palese espressa per alzata di mano, ha dato il seguente risultato, accertato e proclamato dal Presidente:

rappresentanti presenti	n. 15	pari a quote n. 55
rappresentanti votanti	n. 15	pari a quote n. 55
rappresentanti astenuti	n. /	pari a quote n. /
voti favorevoli	n. 15	pari a quote n. 55
voti contrari	n. /	pari a quote n. /

DELIBERA

Per quanto in premesso esposto:

1) Di approvare le Linee guida degli interventi a favore della domiciliarità.

2) Disporre conseguentemente l'abrogazione delle seguenti disposizione regolamentari, limitatamente alle seguenti parti:
- **Regolamento ISEE**: art. 2, comma 1, punto d).
nonché:
- **Regolamento delle misure di contrasto alla povertà, dei contributi economici assistenziali e sull'integrazione delle rette in strutture residenziali**: intero Titolo VIII.

3) Di dichiarare, con successiva favorevole unanime votazione, la presente deliberazione immediatamente eseguibile ai sensi dell'art. 134 comma 4 del Testo Unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti Locali di cui al D.Lgs,vo 18.08.2000 n. 267.

CONSORZIO DEI SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI DEL CHIERESE

LINEE GUIDA DEGLI INTERVENTI A FAVORE DELLA DOMICILIARITA'

Premessa e riferimenti normativi

L'incremento della popolazione anziana, il progressivo aumento delle malattie croniche e degenerative che richiedono servizi di assistenza a lungo termine, la domanda di cure a domicilio proveniente da famiglie che svolgono i compiti di assistenza nei confronti di una persona disabile , minore o adulto, la necessità contingente di contenere le spese, l'acquisizione scientifica dei vantaggi delle cure a domicilio e, non in ultima, la crescente domanda delle persone e delle loro famiglie hanno condotto allo sviluppo dei servizi di cure domiciliari.
Gli indirizzi nazionali, del resto, pongono tra i principali obiettivi il potenziamento e lo sviluppo di forme alternative al ricovero e la promozione dell'assistenza continuativa ed integrata di tipo sanitario e socio-assistenziale.
I principali riferimenti normativi sono :

- La L. 328/2000 " Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" che all'art. 16 (valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari) comma 3/d prevede tra le priorità " prestazioni di aiuto e sostegno domiciliare, anche con benefici di carattere economico, in particolare per le famiglie che assumono compiti di accoglienza, di cura di disabili fisici, psichici e sensoriali, e di altre persone in difficoltà, di minori in affidamento, di anziani"
- La L.R. 8.1.2004 n. 1" norme per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento", definisce al Titolo IV le prestazioni ed i livelli essenziali e tra questi individua il mantenimento a domicilio delle persone e lo sviluppo della loro autonomia
- D.P.C.M. del 29.11.2002 " definizione dei livelli essenziali di assistenza"
- L'accordo Regionale in merito all'applicazione del succitato D.P.C.M., siglato con D.G.R 51-11389 del 23.12.2003
- D.G.R. 41 del 7.5.2002 sulle cure domiciliari

In specifico si evidenzia che, in base all'accordo regionale sull'applicazione dei livelli essenziali di assistenza, intervenuto con D.G.R. del 23.12 2003 n. 51, gli interventi e le prestazioni domiciliari in regime di lungoassistenza assumono rilevanza socio-sanitaria.

Pertanto è necessario approvare un documento costituente le linee guida, costruito al fine di :

1. orientare l'azione, garantendone la generale appropriatezza, da parte degli operatori sociali e sanitari nella individuazione dei bisogni nella predisposizione dei progetti di domiciliarità, nella verifica e nel monitoraggio (vedi cap. sul modello organizzativo)
2. individuare gli interventi e le prestazioni previste che concorrono alla predisposizione dei progetti individualizzati di domiciliarità, definendo quindi anche i diritti esigibili da parte dei cittadini beneficiari
3. individuare i criteri di accesso alle prestazioni e i livelli economici di contribuzione da parte dell'utenza

Attraverso la costituzione delle presenti linee guida si intendono perseguire i seguenti obbiettivi :

- garantire una modalità unitaria di erogazione delle prestazioni domiciliari, in cui veda al centro la persona e la sua famiglia e che tenga conto della complessità delle patologie e delle

cure, oltre che del supporto familiare e sociale. Ciò al fine di fornire al cittadino cure appropriate, da parte del medico di famiglia e degli altri operatori (sanitari e sociali) dei servizi territoriali ed ospedalieri e delle associazioni di volontariato, secondo le necessità rilevate.

- Realizzare una valutazione congiunta da parte dei servizi sociali e sanitari rispetto all'assistibilità a domicilio , promuovendo, soprattutto per le persone anziane, il ricorso improprio all'istituzionalizzazione;
- Giungere all'approvazione congiunta dei progetti individualizzati , definiti sulla base delle condizioni di autosufficienza della persona e della rete sociale, progettualizzando gli interventi attraverso l'integrazione di un mix di interventi selezionati tra quelli previsti dal presente regolamento, nei limiti dei massimali di spesa e definendo, se prevista, la compartecipazione economica da parte del cittadino.

Interventi fondamentali per la riuscita del progetto sono:

- La attivazione della rete dei servizi;
- L'integrazione tra servizi sociali e sanitari territoriali ed ospedalieri;
- L'ampliamento ed il rafforzamento della rete familiare e del volontariato;
- L'utilizzo di strumenti idonei alla valutazione ed al miglioramento della qualità di assistenza;
- La formazione continua, l'ottimizzazione, la valorizzazione delle figure professionali coinvolte.

La parte dei Piani di Zona relativa alle attività integrate socio-sanitarie dovrà trovare corrispondenza in termini programmatici e finanziari, con quanto definito nella convenzione tra l'Azienda Sanitaria e l'Ente Gestore delle funzioni socio-assistenziali.
La convenzione, dovrà definire tra l'altro:

- Le modalità di raccordo per la pianificazione, l'organizzazione e l'erogazione dei servizi;
- I reciproci rapporti finanziari;
- Le risorse strumentali messe a disposizione da ciascun ente;
- Le attività di formazione e aggiornamento congiunti;
- La collocazione fisica dei servizi integrati;
- La costruzione di una struttura funzionale per le attività integrate cui venga assegnata la gestione unitaria degli interventi socio-sanitari;
- Le modalità di approvazione congiunta dei progetti personalizzati.

Alcune linee organizzative, da sviluppare in sede di convenzione, devono essere indicate a garanzia di una uniformità del modello:

- La partecipazione ai servizi ed alle prestazione socio-sanitarie da parte dell'Ente Gestore e dell'A.S.L. è da intendersi in termini di risorse umane, finanziarie e strumentali;
- L'eventuale mancata messa a disposizione da parte di uno dei comparti di beni strumentali o professionali comporta la partecipazione equivalente in termini di risorse finanziarie;
- L'èquipe operante nell'ambito delle attività integrate è composta da personale con professionalità sanitaria e da personale con professionalità sociale, messo a disposizione dall'ASL e dall'Ente Gestore, che opera in modo congiunto e sinergico per verificare ed attuare, per ogni singolo caso, tutte le possibilità di risposte offerte dai diversi servizi presenti sul territorio.

PRESTAZIONI SOCIO - SANITARIE

"Si definiscono prestazioni socio-sanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione".
Tutti gli interventi ed i progetti di domiciliarità vengono definiti ed erogati sulla base di un progetto globale e di un PAI che viene stilato a cura dell'èquipe distrettuale ed approvato dai responsabili del CSSAC e del Distretto Sanitario.

Qui di seguito vengono descritti le fondamentali prestazioni oggetto del presente documento, indicandone le caratteristiche principali.
Assistenza domiciliare;
Affidamento;
Telesoccorso;
Altri servizi: interventi di tregua, ricoveri di sollievo, buoni servizio.
Contributo alternativo al ricovero

ASSEGNO DI CURA

Il contributo viene erogato su valutazione dei servizi socio-sanitari e ha come obiettivo il mantenimento dell'anziano non autosufficiente o parzialmente non autosufficiente presso il proprio domicilio. Sono beneficiarie le famiglie di cittadini non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti,o i cittadini stessi in situazione di non autosufficienza quando siano in grado di concordare con il Consorzio un piano assistenziale individualizzato, in situazione certificata dall'UVG e dell'UVH, che consenta di optare, anche in via transitoria, per una modalità assistenziale alternativa all'istituto e che prevede la realizzazione di programmi di aiuto alla persona gestiti in forma diretta dagli utenti o dalle famiglie mediante piani individualizzati.
Il beneficiario dovrà concordare con l'èquipe distrettuale un piano individualizzato, utilizzare il contributo per coprire i costi effettivi sostenuti per l'assistenza della persona non autosufficiente: salario-oneri riflessi- spese assicurative per le assistenti familiari e presentare una rendicontazione della spesa sostenuta. Sono esclusi dalla possibilità di contribuzione i costi sostenuti per l'assunzione di parenti o di affini entro il secondo grado di parentela (nipoti, figli, fratelli, generi, nuore).

AFFIDAMENTO

L'affidamento familiare rappresenta una modalità di risposta, alternativa al ricovero in struttura, ai bisogni dei cittadini, che per diverse ragioni, si trovino in una condizione di temporanea o permanente fragilità personale, di riduzione della personale autonomia, di disagio sociale e relazionale, e che pertanto necessitano di forme di sostegno quantificabili e definibili attraverso un'attenta valutazione professionale e la costruzione di un progetto individualizzato.
L'affidamento familiare viene attivato quando la rete familiare naturale è inesistente oppure troppo fragile, non in grado o non disponibile a garantire il sostegno necessario alla persona. L'affidamento trova fondamento nella disponibilità su base volontaria di una famiglia, di un singolo o di una famiglia/comunità, ad accogliere e/o sostenere attraverso diverse forme e modalità di aiuto, una persona o una famiglia in difficoltà, qualora tale disponibilità si coniughi con la scelta di operare in un contesto di riconoscimento formalizzato della sua natura di servizio, con i doveri ed i diritti che ne conseguono, in un quadro di collaborazione con le istituzioni preposte alla tutela ed al sostegno delle persone in condizione di fragilità.

L'affidamento può avere le seguenti forme:

- Affido residenziale
- Affidamento di supporto: prevede un supporto giornaliero dell'affidatario presso l'affidato.

Destinatari:

- Persone in condizioni di ridotta autonomia.

Obiettivi:

- Favorire la permanenza di persone con ridotta autonomia presso il proprio domicilio, o per lo meno in un ambito di tipo familiare
- Ridurre il corso all'istituzionalizzazione e promuovere la cultura della domiciliarità
- Sostenere e promuovere una cultura della solidarietà e dell'accoglienza
- Promuovere e consolidare i legami tra il mondo del volontariato e i servizi pubblici

Compiti dei servizi:

Compiti degli operatori dell'èquipe integrata di distretto:

- Individuazione dei bisogni della persona e costruzione di un progetto individuale, al cui interno è previsto un affidamento familiare
- Scelta della famiglia/persona più idonea alle esigenze dell'affidato, sulla base delle disponibilità esistenti, tenendo conto anche di eventuali disponibilità nella rete di amicizie e conoscenze della persona interessata, specie se già vi siano concrete forme di aiuto/solidarietà
- Realizzazione e monitoraggio dell'affidamento familiare

Benefici per gli affidatari:
A sostegno dell'affido il CSSAC dispone le seguenti misure:

- Sostegno e consulenza da parte degli operatori dell'èquipe integrata in collaborazione anche con altri servizi sanitari per quanto di competenza
- Stipula a carico del CSSAC a favore degli affidatari di polizza assicurativa per infortuni e R.C.
- Corresponsione di un rimborso spese per l'affido, con cadenza mensile. Questo viene quantificato secondo i seguenti criteri :
- fino ad Euro 250 mensili per gli affidamenti diurni
- Euro 350 per gli affidamenti residenziali

Le suddette quote sono implementabili del 30% per le situazioni che rivestono particolare complessità e richiedono un impegno di elevata intensità.

Doveri dell'affidatario:

- L'affidatario si impegna a svolgere la propria attività volontaria di aiuto personale nei confronti dell'affidato, tenendo conto delle indicazioni dell'interessato, della famiglia e sulla base di un progetto concordato con l'èquipe integrata di distretto.
- L'affidatario si impegna a collaborare con l'èquipe distrettuale competente e con la famiglia, per garantire il conseguimento del comune obiettivo del mantenimento di una condizione personale complessiva di benessere e/o del perseguimento di una condizione di maggiore benessere
- L'affidatario sottoscrive un impegno contenente gli elementi fondanti l'accordi tra affidatario, affidato equipe distrettuale, in coerenza con gli obiettivi individuati e contenuti nel progetto individualizzato, conosciuti e condivisi dai contraenti.

ASSISTENZA DOMICILIARE

Che cos'è:

Tradizionalmente le prestazioni di assistenza domiciliare, consistono in interventi di supporto alla persona che presenti esigenze di supporto/tutela, nella gestione della vita quotidiana esigenza di, al fine di garantire il recupero/mantenimento dell'autosufficienza residua, attraverso un sostegno diretto nel suo ambiente domestico e nel suo rapporto con l'esterno, nell'intento di consentire la permanenza a domicilio il più a lungo possibile e ritardando un eventuale ricorso all'istituzionalizzazione. Costituiscono pertanto ambiti di intervento: la cura e l'igiene della persona, prestazioni igienico- sanitarie di semplice attuazione, la cura e l'igiene ambientale, il disbrigo di pratiche, l'accompagnamento a visite, la spesa e la preparazione dei pasti, l'aiuto nella vita di relazione. Gli interventi vengono attuati in integrazione con altre figure professionali.

Chi lo fa:

Gli interventi sopra citati sono svolti da personale con qualifica di Operatore Socio-Sanitario, dipendenti del CSSAC e da questi messo a disposizione, e da personale dipendente dalle Agenzie Accreditate. La recente normativa regionale (DGR n. 46-5662 del 25 marzo 2002), sulla scorta di quanto definito a livello statale, ha recepito l'unificazione dei profili OTA/Adest in quello di Operatore Socio-Sanitario, ridefinendo gli ambiti di intervento, estesi oltre che al comparto socio-assistenziale anche a quello sanitario.

Per gli operatori OSS viene pertanto individuato come peculiare e vincolante, l'esercizio di un ruolo di supporto professionale, in rapporto/collaborazione con il personale medico e infermieristico nelle situazioni di non autosufficienza (parziale o totale). L'OSS trasforma il proprio ruolo e l'agire professionale, affinando le capacità di osservazione delle realtà familiari, della lettura e rilevazione dei bisogni, nonché dei fattori che possono danneggiare la persona in difficoltà, concorrendo alla definizione del PAI e della loro adeguatezza, in quanto presenza coinvolta direttamente nel progetto.

L'operatore, di cui qui si descrive il ruolo, è colui che assume un ruolo centrale in quanto garante dell'esecuzione del progetto, attraverso la collaborazione con altre figure professionali e in integrazione con il servizio sanitario.

L'OSS diventa pertanto una figura fondamentale nella presa in carico di soggetti non autosufficienti con una maggiore complessità assistenziale (bassa, media, alta intensità), dove nel quotidiano lavoro di cura, porta conoscenze e capacità di tipo professionale, coniugando saperi ed operatività concreta. In questo senso l'OSS si avvale delle proprie competenze tecniche per migliorare l'assistibilità a domicilio. Un ruolo centrale è svolto dall'OSS in quanto esperto della cura e che può fornire utili suggerimenti su come agire nei confronti di una persona con problemi di deambulazione, nel mobilizzare un allettato per l'igiene personale, nel prevenire piaghe da decubito, ecc..

L'esercizio di questa funzione di "regia", non esenta l'OSS dall'avere un ruolo operativo, come peraltro previsto dal profilo professionale, che lo vede impegnato direttamente nell'esecuzione di compiti assistenziali, collaborando, eventualmente, con i parenti o l'assistente familiare. Questa funzione prevede un passaggio minimo di due ore settimanali.

TELESOCCORSO

Che cos'è :

E' un servizio, fornito da Associazioni e Cooperative del settore, che consiste nell'installazione, presso il domicilio dell'utente, di un apparecchio collegato al telefono e dotato di un telecomando, attraverso il quale è possibile lanciare un messaggio di chiamata in qualsiasi momento della giornata, 24 ore su 24. Tale chiamata arriva ad una centrale operativa che, a seconda delle situazioni che si trova di fronte, fa scattare un piano di allarme, o più semplicemente tranquillizza l'utente, se

si tratta di falso allarme. Il servizio, anche in assenza di chiamata di soccorso, si occupa comunque di telefonare settimanalmente all'utente a fini di sostegno e di compagnia.

A quali bisogni risponde :
E' un intervento che concorre al mantenimento della persona al proprio domicilio, complementare ad altri strumenti di sostegno contenuti nel PAI: in presenza di condizioni di solitudine, anche solo temporanea e limitata ad alcune ore della giornata o della notte, permette all'utente una maggiore sicurezza e tutela personale, garantendo l'attivazione di interventi di soccorso , qualora risultino necessari, e offrendo al contempo al familiare/affidatario una maggiore tranquillità rispetto al " monitoraggio a distanza " del proprio caro, in caso di assenza. Le periodiche telefonate di compagnia effettuate dal personale che gestisce il servizio, determinano anche la costituzione di punti di riferimento significativi per la persona con ridotta autonomia.
Ovviamente il telesoccorso può risultare uno strumento inadeguato in presenza di una forte compromissione sul piano psichico (l'interessato spesso dimentica di portare con sè il telecomando, oppure lo usa in modo inappropriato) o fisico, vanificando di fatto le sue concrete possibilità di utilizzo.
Nel disegno di riordino delle prestazioni offerte dal Servizio, il telesoccorso è stato inserito come prestazione standard, presente in tutte le tipologie di utenza, anche a favore dei soggetti a bassa e media intensità, indipendentemente dalla presenza/assenza della famiglia, come componente significativa della progettualità a domicilio.

ALTRI SERVIZI

Che cosa sono :
Rientrano sotto la voce " altri servizi " le seguenti prestazioni :
- a) interventi di tregua
- b) ricoveri di sollievo
- c) gli interventi previsti nei cd. " buoni di servizio ".

A quali bisogni rispondono:
Nelle ipotesi di PAI descritte nella tabella dei massimali relativi alla situazione in cui ci sia un familiare/affidatario che svolga compiti di cura, non si sono ulteriormente declinate le altre prestazioni erogabili, ma ci si è limitati a fissare un valore economico attribuito alla voce " altri servizi ".
Con la voce " altri servizi " si intende riconoscere, all'interno del massimale erogabile, la possibilità di scegliere specifiche prestazioni complementari al lavoro svolto, sulla scorta della necessità di sollievo e di sgravio, momenti che possono ad es. evidenziarsi in particolari momenti dell'anno. La voce " altri servizi" prevede la possibilità di rispondere ad una gamma di bisogni complementari al lavoro di cura svolto dalla famiglia/affidatario, lasciando un margine di scelta all'interno del massimale previsto, al fine di garantire una maggiore flessibilità nella predisposizione del PAI a seconda delle necessità individuali.

Interventi di tregua
Il servizio di tregua consente alle famiglie/affidatari che curano a casa un anziano non autosufficiente, di godere momenti di riposo e di sgravio temporaneo attraverso la presenza a domicilio di volontari, in concomitanza o in alternanza a quella di operatori professionali, per fornire prestazioni di assistenza domiciliare associate a quelle proprie del volontariato socio-assistenziale (compagnia, accompagnamenti, ecc...) e sanitario.
La novità è rappresentata dal fatto che il fornitore/ agenzia accreditata deve garantire all'interno del progetto l'esecuzione della prestazione definita "di tregua", avvalendosi di propri accordi di collaborazione con gruppi/associazioni di volontariato presenti sul territorio di riferimento.

Non esiste un monte ore mensile (del tipo: "il servizio è fruibile per un max. di tot ore mensili"), ma il limite dell'intervento è dato dal massimale della voce "altri servizi", diversa per tipologia di utenza, nonché data dalla scelta del beneficiario/famiglia di utilizzare il massimale interamente su questa prestazione o in integrazione con altre.
Ad esempio, avendo a disposizione 100 euro mensili, si può decidere di utilizzarle interamente per il servizio di tregua, qualora il familiare/affidatario decida di godere di momenti di sgravio, oppure si può ripartire la quota a disposizione tra, per esempio, servizi di tregua e buoni di servizio.
L'intervento è ovviamente pensato laddove siano presenti una famiglia oppure un affidatario che svolgano compiti di cura.
A ciascun volontario utilizzato viene garantito un rimborso, pari alle spese sostenute per effettuare gli interventi (rimborsi kilometrici...).

A) ricoveri di sollievo

Il ricovero di sollievo è un ricovero temporaneo (30 giorni, rinnovabili) e programmato, rivolto principalmente ad anziani che normalmente vengono assistiti presso il proprio domicilio, ma che possono avere la necessità temporanea di trascorrere un periodo di tempo fuori dalla propria abitazione.
Il servizio è prioritariamente indirizzato a favore di quei familiari/affidatari che si prendono cura di un anziano non autosufficiente, allo scopo di alleggerire dagli oneri della cura per un breve periodo coloro che sono impegnati in compiti assistenziali e sgravarli dall'impegno diretto per un limitato arco di tempo, al fine di consentire loro una ripresa sul piano fisico e psicologico. L'inserimento di questa prestazione all'interno del PAI, come possibilità di utilizzo, può senza dubbio concorrere a ritardare la scelta del ricovero definitivo.
Si possono prevedere due diverse modalità di utilizzo del ricovero di sollievo :

- nel caso di famiglia/affidatario che svolgano anche compiti di cura e che abbia un massimale predefinito rientrante sotto la voce "altri servizi", la scelta può essere quella di cumulare l'importo mensile totale o parziale per alcuni mesi o per l'intero anno, spendendolo per un ricovero temporaneo di sollievo;
- l'altra possibilità prevede che a scelta del beneficiario/famiglia/affidatario l'intero massimale mensile venga impiegato per un ricovero temporaneo fino al numero massimo di giorni previsti, in alternativa alla totalità delle prestazioni ricomprese nel PAI della tipologia di riferimento;
- questa seconda opzione estende, con carattere di eccezionalità, anche alle situazioni in cui la famiglia/affidatario non svolgano compiti di cura, la possibilità di utilizzare il massimale mensile previsto ai fini di un ricovero temporaneo.

I ricoveri di sollievo debbono essere sempre previsti all'interno di un PAI individualizzato, che deve sempre tenere presente che questa misura, se è vero che serve molto per far riposare il familiare/affidatario, non in tutti i casi si rivela positiva per l'anziano che, perdendo tutti i suoi punti di riferimento ed essendo meno stimolato che in casa, può tornare in famiglia con evidenti peggioramenti e regressioni, specie posturali e comportamentali.
I ricoveri di sollievo espressamente previsti nel PAI hanno una validazione in sede UVG. La quota sanitaria è sempre a carico dell'ASL di residenza dell'anziano.
I ricoveri vengono effettuati presso strutture residenziali convenzionate. Per gli interessati/famiglie/affidatari che accantonano per n. mesi la somma spettante di servizio di pari entità da utilizzare per il ricovero si provvederà a pagare la retta direttamente, così come per quelli che utilizzeranno per intero il massimale spettante.

BUONI DI SERVIZIO

Il buono di servizio è uno strumento utilizzato per acquistare servizi di natura domiciliare, prestati da personale qualificato e messi a disposizione da fornitori accreditati.
Obiettivo del progetto è la creazione di un mercato regolato dei servizi di cura a favore degli anziani, che integri l'offerta pubblica di prestazioni domiciliari con prestazioni offerte da erogatori

privati accreditati, cioè in qualche misura "garantiti" dall'Ente pubblico. I buoni di servizio non sostituiscono il servizio domiciliare del Consorzio, ma lo integrano in quanto sono attivati per aumentare e differenziare le risposte, e cioè per flessibilizzare il servizio.
Nell'intenzione delle istituzioni, i meccanismi introdotti assicurano maggior affidabilità, qualità ed accessibilità delle prestazioni.
In concreto, ogni persona o nucleo familiare residente nell'ambito consortile al cui interno appartenga un componente bisognoso di assistenza al domicilio ha diritto, indipendentemente dal reddito, di presentare domanda di assistenza direttamente ai servizi consortili al fine di ricevere l'aiuto necessario. Ai cittadini che ne abbiano diritto può venire assegnato un "buono di servizio" finalizzato ad agevolare l'acquisto o la fruizione degli interventi delle prestazioni di sostegno, determinato in misura proporzionale al reddito posseduto applicando i criteri e le modalità di assegnazione che sono definiti nel Regolamento approvato con deliberazione Assembleare n. 9 del 10/05/2007 e nel Protocollo operativo funzionale disciplinato nella determinazione n. del
Assumono ruolo centrale gli interventi previsti dal profilo professionale degli ADEST/OSS: la cura e l'igiene della persona, la pulizia, il governo e il riordino della casa, lo svolgimento di pratiche burocratiche e amministrative, l'accompagnamento, la tenuta dei contatti con il medico di famiglia, il coordinamento operativo con parenti, operatori sanitari...Tutti gli interventi devono essere personalizzati al fine di rispettare le diverse caratteristiche di ogni cittadino e, pertanto, per ogni situazione deve essere predisposto uno specifico ed articolato programma di intervento.
Oltre agli interventi professionali, svolti da operatori ADEST/OSS qualificati, vengono offerti, ai cittadini richiedenti, le prestazioni, singole o aggregate in " pacchetti di servizio ", relative a:

- a) interventi di manutenzione dell'ambiente di vita e, nello specifico :
- riparazioni di oggetti ed impianti ad uso domestico;
- pulizia straordinaria da effettuarsi anche con l'uso di macchinari;
- lavaggio e stiratura di biancheria ad uso personale e della casa, non effettuabile al domicilio dell'utente;
- b) interventi specifici sulla persona, richiedenti l'intervento di:
- podologo;
- c) servizio pasti:
- fornitura di buoni pasto di un valore nominale di Euro 7,28 cadauno, utilizzabili presso mense di presidi del territorio consortile e in esercizi convenzionati ubicati in Comuni del territorio consortile;
- ritiro pasti caldi, acquistati tramite tickets, dagli esercizi convenzionati e consegna a domicilio, per cittadini fisicamente non autonomi, da effettuarsi con idoneo mezzo di trasporto e con disponibilità ad effettuare il servizio nell'intero arco settimanale (festivi inclusi);
- d) interventi non professionali di sostegno personale in situazioni di ricovero temporaneo in presidi assistenziali e sanitari.

L'erogazione dei servizi tiene conto delle specifiche esigenze del cittadino richiedente e del suo nucleo familiare, finalizzando le prestazioni alla tutela della persona in situazioni di difficoltà. Pertanto il servizio viene prestato per i dodici mesi nei sette giorni settimanali, compresi i prefestivi ed i festivi nella fascia oraria 7.00/21.00.
I responsabili delle agenzie accreditate garantiscono un'adeguata modalità di accoglienza, facilmente accessibile da parte di tutti i cittadini. I responsabili individuati dalle agenzie, Assistenti sociali o educatori professionali, garantiscono l'attività di coordinamento tecnico operativo e professionale, oltre alle funzioni più propriamente organizzative relative al personale dell'agenzia.

IL MODELLO ORGANIZZATIVO

La costituzione del nuovo modello organizzativo integrato dalle componenti sociali e sanitarie, è individuato al fine di perseguire gli obiettivi già citati in premessa, e in particolare.

1) orientare l'azione , garantendone la generale appropriatezza, da parte degli operatori sociali e sanitari nella individuazione dei bisogni , nella predisposizione dei progetti di domiciliarità, nella verifica e nel monitoraggio

2) garantire una modalità unitaria di erogazione delle prestazioni domiciliari, che veda al centro la persona e la sua famiglia e che tenga conto della complessità delle patologie e delle cure, oltre che del supporto familiare e sociale. Ciò al fine di fornire al cittadino cure appropriate, da parte del medico di famiglia e degli altri operatori (sanitari e sociali) dei servizi territoriali ed ospedalieri e delle associazioni di volontariato, secondo le necessità rilevate.

3) Realizzare una valutazione congiunta da parte dei servizi sociali e sanitari rispetto all'assistibilità a domicilio , promuovendo, soprattutto per le persone anziane, il ricorso improprio all'istituzionalizzazione;

4) Giungere all'approvazione congiunta dei progetti individualizzati , definiti sulla base delle condizioni di autosufficienza della persona e della rete sociale, progettualizzando gli interventi attraverso l'integrazione di un mix di interventi selezionati tra quelli previsti dal presente regolamento, nei limiti dei massimali di spesa e definendo, se prevista, la compartecipazione economica da parte del cittadino.

IL PERCORSO PER L'ACCESSO AI SERVIZI

- le segnalazioni di norma pervengono allo sportello sociale- segretariato sociale come primo momento di filtro, o attraverso l'accesso diretto dei cittadini o previa segnalazione formale da parte di terzi (medici di medicina generale,presidio ospedaliero,) ; qualora la segnalazione non provenga direttamente dal cittadino potenziale beneficiario dell'intervento, esso deve essere direttamente sentito da parte degli operatori.
Raccolta la segnalazione, gli assistenti sociali di riferimento effettueranno un primo colloquio di verifica, o se riterranno opportuno anche una visita domiciliare, per approfondire la richiesta e effettuare una prima ipotesi sociale di intervento

- i segretariati sociali comunicheranno formalmente al Servizio Sanitario la nuova segnalazione pervenuta, ed invieranno la documentazione , fissando un appuntamento per l'effettuazione della visita domiciliare congiunta , tenendo conto del calendario di disponibilità che il personale ASL comunicherà preventivamente al Consorzio;

- sarà quindi la segreteria del consorzio , tramite gli operatori dello sportello sociale a comunicare le necessità di valutazione, coordinandosi fra loro per l'utilizzo ottimale del tempo per tutti gli operatori;

- Gli operatori sanitari disponibili ad effettuare le valutazioni in tutte le sedi sono individuati nelle figure dei medici del Distretto. Per una migliore organizzazione del servizio, si possono prevedere accorpamenti di sedi, ad esempio Chieri- Pino/ Santena- Cambiano/ Castelnuovo- Andezeno. Saranno gli operatori addetti al segretariato sociale dei distretti così accorpati a coordinare il calendario per l'effettuazione delle valutazioni congiunte
- Gli operatori del CSSAC deputati ad effettuare le valutazioni congiunte sono gli Assistenti Sociali dei Distretti competenti per territorio , unitamente, quando ritenuto opportuno opportuno, agli operatori OSS . Si concorda infatti sull'importanza che gli operatori che effettuano la valutazione del bisogno e la predisposizione del progetto siano gli stessi che realizzino il progetto stesso e ne seguano l'andamento nel tempo.

- i giorni di disponibilità dei medici saranno comunicati al Consorzio con un calendario fisso trimestrale ;
- La modulistica in dotazione è , in questa fase, quella prevista dalla DGR 17 (UVG)o, in caso di variazione della stessa o a livello locale o a livello regionale, quella che sarà decisa congiuntamente con l'ASL 8
- Si ritiene indispensabile richiedere nuovamente una documentazione sanitaria, non prevista nella nuova procedura regionale, a cura del MMG, a patto che per il rilascio della scheda sia gratuito ; la documentazione sanitaria si rende necessaria perché nel caso di anziani, spesso risulta difficile ricostruire le patologie pregresse e lo stato attuale di salute, per mancanza di documentazione e di informazioni specifiche.

QUALE UTENZA PRENDERE IN CARICO

Si prevede che nel primo anno di avvio della sperimentazione del nuovo modello organizzativo vengano prese in carico:

- Tutte le nuove segnalazioni per progetti di domiciliarità per anziani, minori, adulti , handicap (per quest'ultima fascia di utenza occorre definire il rapporto con l'U.V.H.) NON AUTOSUFFICIENTI

- Le valutazioni U.V.G , per l'inserimento nelle liste d'attesa per i posti in convenzione.

PROCEDURA SPECIFICA

- tutti i progetti integrati devono essere validati dai rispettivi Enti, per la definizione dei rispettivi impegni economici , tramite il visto del Direttore del Distretto Sanitario e del Consorzio Socio- assistenziale.

- tutti i nuovi progetti di domiciliarità e di inserimento in struttura dovranno essere di norma corredati di scheda medica , a cura del medico di medicina generale che dovrà essere coinvolto direttamente nella stesura del progetto, e/o invitato in sede di valutazione o coinvolti dagli operatori dell'ASL.

- si ipotizza che tale procedura , dal momento della segnalazione della necessità, debba di norma prevedere tempi di definizione della risposta per il cittadino e di avvio del progetto che non superino i 60 giorni (fatte salve le situazioni urgenti)

- criteri di priorità : hanno priorità nella valutazione/effettuazione degli interventi le situazioni caratterizzate da debolezza socio- economica, assenza /fragilità della rete sociale, elevato grado di non autosufficienza

- nell'ambito dell'equipe integrata che svolge la valutazione, viene di volta in volta individuato un referente del caso, con compiti di verifica e monitoraggio del progetto. In referente informa gli altri operatori sull'andamento del progetto, calendarizza incontri di verifica, convoca incontri specifici nel caso sia necessario operare una sostanziale modifica dell'intervento.

- Se il progetto di domiciliarità riguarda un minore l'equipe viene integrata da un operatore psicologo o neuropsichiatria infantile

- Se il progetto riguarda una persona disabile adulta, il Presidente della Commissione UVH demanda di volta in volta ad un componente della commissione stessa, individuato di norma in base alle competenze, il compito di partecipare alla valutazione e stesura del progetto, in collaborazione con l'operatore sociale. La validazione della proposta progettuale è a cura della Commissione UVH

- L'equipe che effettua la valutazione e formula il progetto , composta come sopra delineato, nel caso di persone anziane, è da considerarsi una sotto-articolazione della Commissione UVG . In casi di particolare complessità, e che necessitino di specifiche competenze, la commissione UVG può essere chiamata a partecipare direttamente alla valutazione e stesura del progetto

I CRITERI PER L'ACCESSO

Gli interventi di aiuto domiciliare rivolti a persone non autosufficienti sono erogati previa valutazione, progettazione congiunta e monitoraggio condiviso da parte delle equipe multidisciplinari integrate (si rimanda al capitolo " il modello organizzativo) , composte dagli operatori del Distretto sanitario e del Consorzio socio- assisitenziale, che costituiscono una sotto-articolazione della Unità Valutativa geriatria della Azienda Sanitaria locale, organismo al quale è demandata la competenza di progettare gli interventi di domiciliarità sul territorio (D.G.R 17 del 23.5.2005, D.G.R 51 del 23.12.2003, D.G.R 41 del 7.5.2002)

Riguardo alle persone non autosufficienti, l'applicazione a livello regionale del D.P.C.M. del 29.11.2002 " Definizione dei livelli essenziali di assistenza", è sfociata in un accordo (siglato con la DGR 51-11389 del 23.12.2003) che ha regolamentato gli interventi di natura socio-sanitaria per quanto concerne la fase di lungo assistenza, sulla base di un progetto individualizzato, formulato in relazione al livello di intensità assistenziale, tenendo conto delle risorse disponibili nella rete sociale del beneficiario.

In base al citato accordo, risultano a totale carico del SSN le prestazioni , comprese quelle di assistenza tutelare, erogate al cittadini nelle fasi di acuzie e post-acuzie , mentre è prevista una compartecipazione con il cittadino-utente (ovvero , qualora avente diritto, con spesa a parziale o totale carico dell'ente Gestore delle funzioni socio-assistenziali) al pagamento delle prestazioni assistenziali nella fase di lungo assistenza

Sul piano della spesa tali interventi sono a carico, per il 50% del Servizio Sanitario Nazionale, e per il 50% del beneficiario, con partecipazione economica da parte dell'Ente gestore per gli aventi diritto, sulla base dei criteri individuati dal presente Regolamento.

Massimali

Gli interventi ed i progetti di domiciliarità vengono definiti ed erogati sulla base di un progetto globale e di un PAI, che viene stilato a cura dell'equipe integrata di base, ed approvato dai Responsabili del CSSAc e del Distretto sanitario . i costi vengono definiti in base alla specifiche esigenze del cittadino, e possono prevedere un " mix" di interventi necessari per garantire ad ogni cittadino i servizi necessari alla promozione e mantenimento del benessere a domicilio.

I progetti ed i PAI devono tenere conto di un valore massimo modulato a seconda dell'intensità assistenziale (vedi DGR 51-11389 del 23.12.2003 e DGR n 41-5952 del 7.5.2002):

- Bassa intensità assistenziale: massimale del mix delle prestazioni euro 700
- Media intensità assistenziale : massimale del mix delle prestazioni euro 800
- Alta intensità assistenziale : massimale del mix delle prestazioni euro 1300

I massimali sono ulteriormente implementabili, per i cittadini privi di parenti o comunque privi di un care giver familiare (presenza di parenti che per motivate ragioni non possono assumere tale ruolo), delle seguenti quote:

- Euro 250 per i cittadini in condizione di bassa necessità assistenziale
- Euro 350 per i cittadini in condizione di media necessità assistenziale
- Di norma non è possibile un progetto di domiciliarità per un cittadino con alta necessità assistenziale (completamente dipendente in tutte le funzioni vitali) senza un care giver familiare.

Le quote aggiuntive , essendo finalizzate a coprire la carenza della presenza di un care giver familiare, sono da considerare a totale carico del comparto socio-assistenziale.

Si precisa inoltre che i cittadini che risultino in condizione di necessitare di un progetto di alta intensità assistenziale, sono beneficiari dell'Indennità di Accompagnamento, emolumento che deve sempre essere utilizzato per le necessità assistenziali del medesimo. Nel determinare il valore massimo del mix delle prestazioni, è stata pertanto considerata questa risorsa economica, che va detratta dal costo a carico del cssac.

CRITERI PER LA COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA DA PARTE DEL CITTADINO

Nella determinazione della quota di contribuzione alla spesa relativa al progetto di assistenza domiciliare da parte del cittadino non autosufficiente, si individuano i seguenti principi generali

- Si dispone l'unificazione dei criteri di accesso alle prestazioni , la determinazione della soglia di esenzione, le franchigie ed le soglie di esclusione /pagamento quota massima da parte del cittadino. La contribuzione da parte del cittadino, se dovuta, è determinata da una quota percentuale a suo carico sul costo totale del progetto, indipendentemente dal tipo di prestazione erogata (es. servizio oss consortile, buoni di servizio, assegno dicura.)
- Per la valutazione della situazione economica delle persone non autosufficienti si applica quanto previsto dall' D. Lgs. N 109/1998, come modificato dal D. Lgs n 130 del 2000,in merito alla considerazione dei redditi del solo beneficiario della prestazione .
- Si ritiene che una valutazione della situazione economica utilizzando esclusivamente i meccanismi previsti per il calcolo dell'ISEE (D. Lgs. N. 109 /98, come modificato dal D. Lgs. n 130/2000) non sia esaustivo ed opportuno in quanto:
    a) vengono considerati esclusivamente i beni posseduti al 31.12.dell'anno precedente
    b) non consente di differenziare all'interno del nucleo familiare la situazione del solo cittadino beneficiario dell'intervento, come previsto, per le persone non autosufficienti, dal presente regolamento (necessario effettuare quindi dalla DSU l'estrazione dei redditi del beneficiario)
    c) prevede una franchigia per i beni immobili inferiore a quella prevista dal presente atto.

Pertanto e soprattutto in relazione alla determinazione dei criteri di esclusione dalla compartecipazione alle prestazioni ed alla applicazioni delle franchigie previste dal presente atto,è prevista la richiesta al cittadino di altra documentazione (autocertificazione) al fine di integrare ed attualizzare quanto attestato dalla Dichiarazione Sostitutiva Unica .
Tale disposizione trova fondamento nell'art. 3 del D.Lgs.n. 109/98, che attribuisce agli enti erogatori la facoltà di utilizzare criteri ulteriori di selezione dei beneficiari, aggiuntivi a quelli di cui sopra.

Salvo fattori determinanti l'esclusione dalla contribuzione alle prestazioni da parte del CSSAC , la determinazione della quota di contribuzione da parte del cittadino avviene in base alla seguente tabella ,che prevede l'esenzione totale peri redditi inferiori all'integrazione al trattamento minimo pensionistico , calcolato moltiplicando il trattamento mensile per 13 mensilità. Non sono state detratte le spese di affitto/mutuo in quanto nell'ISE sono previste già le detrazioni per l'affitto, il mutuo , parte del patrimonio mobiliare ed immobiliare relativo alla prima casa

VALORE ISE	CONTRIBUZIONE DEL CITTADINO
Valore ise ≤ di 7214,99 :	tutto a carico cssac
Valore Ise da 7215 a 8214,99	contr. Pari al 5%
= da 8215 a 9214,99	= al 10%
= da 9215 a 10214,99	= al 15%
= da 10215 a 11214,99	= al 20%
= da 11215 a 12214,99	= al 25%
= da 12215 a 13214,99	= al 30%
= da 13215 a 14214,99	= al 35%
= da 14215 a 15214,99	= al 40%
= da 15215 a 16214,99	= al 45%
= da 16215 a 17214,99	= al 50%
= da 17615 a 18214,99	= al 55%
= da 18215 a 19214,99	= al 60%
= da 19215 a 20214,00	= al 65%
= da 20215 a 21214,99	= al 70%
= da 21215 a 22214,99	= al 75%
= da 22215 a 23214,99	= al 80%
= da 23215 a 24214,99	= al 80%
= da 24215 a 25214,99	= al 85%
= da 25215 a 26214,99	= al 90%
= da 26215 a 27214,99	= al 95%
= oltre 27215	= al 100%

PATRIMONIO MOBILIARE

Viene considerato il patrimonio mobiliare dell'interessato, al momento della richiesta , applicando una franchigia di E. 5000. La presenza di una eccedenza viene considerata motivo di esclusione dal contributo cssac fino a concorrenza del valore del patrimonio eccedente. Rispetto al servizio oss del cssac, in questo caso si applica la tariffa massima, pari al costo orario della stessa figura professionale presso le agenzie accreditate, fino a concorrenza del valore del patrimonio immobiliare eccedente.

Donazioni e vendite : si considerano le donazioni e le vendite effettuate dal beneficiario negli ultimi cinque anni ed in tal caso il valore del patrimonio concorre alla determinazione del costo della prestazione.

Per quanto riguarda donazioni e vendite di esiguo valore , il beneficiario della donazione o il cittadino interessato possono documentarne il valore e richiedere che sia ugualmente erogata la prestazione a carico del CSSAC; Questo può avvenire dividendo il valore dei beni donati per il costo della prestazione a carico del CSSAC , e le prestazioni sono a carico del beneficiario della donazione fino a concorrenza del valore della donazione.

Per quanto riguarda le donazioni o le vendite effettuate prima degli ultimi 5 anni, queste non costituiscono motivo di esclusione dalle prestazioni a carico del cssac se il loro valore non superi la franchigia di Euro 50.000.(valore a fine ICI).

PATRIMONIO IMMOBILIARE

Costituisce franchigia il possesso della casa di abitazione , a condizione che rientri nelle categorie A2,A3,A4,A5,(con riserva di successivo adeguamento agli eventuali riordini dei valori catastali)a condizione che la rendita catastale complessiva non superi i 1000,00 Euro annui .

Si stabilisce anche una franchigia per beni di esiguo valore , es fino a 20.000 euro , di valore a fini ici, purchè la rendita catastale del patrimonio complessivo, compresa la casa di abitazione, non superi i 1000,00 euro annui . Per le persone che superano le franchigie, viene, a seconda dei servizi, determinata l'esclusione dalla partecipazione economica a carico del consorzio e/o, per quanto riguarda il nostro servizio oss, si applica il costo massimo.

Donazioni e vendite: si considerano le donazioni e le vendite effettuate dal beneficiario negli ultimi cinque anni ed in tal caso il valore delle medesime concorre alla determinazione del reddito

Per quanto riguarda donazioni o vendite di esiguo valore(valore a fini ici) , il beneficiario della donazione o il cittadino interessato possono documentarne il valore e richiedere che sia ugualmente erogata la prestazione a carico del CSSAC. Questo può avvenire dividendo il valore dei beni donati o venduti per il costo della prestazione a carico del CSSAC, e le prestazioni sono a carico del beneficiario della donazione fino a concorrenza del valore della donazione.

Per quanto riguarda le donazioni effettuate prima degli ultimi 5 anni, queste non costituiscono motivo di esclusione dalle prestazioni a carico del cssac se il loro valore a fini ici non superi la franchigia di Euro 50.000,00

Situazioni particolari

Qualora il cittadino sia escluso dalle prestazioni per via del possesso di beni mobili o immobili che superino la franchigia, è possibile erogare la prestazione a carico del CSSAC o applicare una tariffa inferiore al costo massimo , subordinandola alla concessione al CSSAC di garanzia reale sull'immobile , previa concessione di ipoteca la cui accensione è a carico del cittadino e che preveda la garanzia della restituzione delle cifre erogate, rivalutate di interessi e spese legali eventuali. Analoga procedura su garanzia da parte di un parente di impegno alla restituzione al CSSAC delle cifre erogate.

Qualora , su valutazione del servizio Sociale, risulti opportuno erogare a fini di tutela il servizio a favore di cittadini che abbiano una situazione reddituale o patrimoniale tale da poter contribuire in tutto o in parte al costo delle prestazioni, e non sia possibile ottenere le garanzie di cui sopra, si erogherà il servizio in attesa degli esiti della segnalazione all'Autorità Giudiziaria.

PERSONE AUTOSUFFICIENTI

Gli interventi a sostegno della domiciliarità possono anche essere erogati a sostegno di persone-famiglie, dove non è presente un componente in condizione di non autosufficienza, tuttavia risulta necessario attivare un progetto di aiuto sociale, anche domiciliare, sulla base di un bisogno espresso dalla persona-famiglia ed oggetto di una progettazione condivisa a cura del servizio sociale consortile. Infatti, in base alla normativa nazionale e regionale di riferimento (L. 328/2000, L.R 1/2004) i servizi sociali devono costituire un riferimento in termini di sostegno alla persona ed alla famiglia nelle diverse fasi del percorso di vita, anche in termini di prevenzione dell'insorgere e dell'aggravarsi di situazioni di disagio sociale, relazionale, marginalità, isolamento. Risulta già prassi consolidata l'attivazione di interventi di sostegno domiciliare a favore di persone autosufficienti , ed in particolare nelle seguenti condizioni:

- persone anziane in condizione di solitudine, isolamento, difficoltà nello svolgimento delle necessarie incombenze quotidiane e/o bisogno di sostegno nell'area della socialità
- persone adulte in situazione di povertà, isolamento sociale ,degrado ambientale
- famiglie con figli minori, alla luce di bisogni di sostegno nella cura e nell'allevamento dei figli, anche al fine di favorire l'utilizzo dei servizi socio-educativi e sanitari per l'infanzia e la famiglia

In questo ambito, il costo delle prestazioni e dei servizi risulta a totale carico del cittadino/Consorzio

Le prestazioni previste sono le seguenti:

- Interventi professionali OSS a cura di personale dipendente CSSAC ovvero di agenzie accreditate
- Interventi non professionali
- Affidamenti adulti
- Pasti a domicilio o presso mense attraverso i buoni di servizio

Il progetto può contenere più interventi, fino alla concorrenza di un valore economico pari ad Euro 520,00

I criteri per la determinazione del contributo a carico dell'utente al pagamento della prestazione sono analoghi a quelli descritti per le persone non autosufficienti

CONTRIBUTO A CARICO DEI FAMILIARI

Quando il beneficiario sia persona autosufficiente, nella determinazione del contributo a suo carico vengono considerate anche le risorse economiche dei familiari con più stretti legami, anche non conviventi. Si ritiene infatti che le prestazione di aiuto sono di fatto erogate, anche se indirettamente, a favore del nucleo familiare , ed inoltre rappresenterebbe una in equità il considerare allo stesso modo la condizione economica di una persona la cui rete familiare primaria dispone di ingenti risorse economiche, rispetto a chi non ne ha.

Viene quindi prevista una " quota di solidarietà," a carico dei parenti , conviventi o meno, limitatamente a :

- Coniuge (convivente o no)
- Genitore (convivente o no)
- Figli (conviventi o no)
- Ascendenti per i minori (conviventi o no)
- Altri conviventi con il beneficiario

La quota di solidarietà si detrae dalla cifra a carico del cssac (se, dopo aver applicato la quota di contribuzione del beneficiario, rimane un costo ulteriore) ; si applicano tuttavia dei massimali connessi alle fasce isee del nucleo (se conviventi si considera l'isee del nucleo detratto quello del beneficiario)

La quota di solidarietà viene applicata solo oltre le seguenti soglie isee

Valore isee	Grado di parentela	Quota massima di solidar.
10460-15459,99	Coniuge Genitore Figlio Ascendente (per i minori) Altri conviventi	200 200 125 125 50
15460-20459,99	Coniuge Genitore Figlio Ascendente (per i minori) Altri conviventi	300 300 175 175 75
20460in poi	Coniuge	400

	Genitore	400
	Figlio	250
	Ascendente (per i minori)	250
	Altri conviventi	100

Patrimonio mobiliare dei parenti.

Se vi è un patrimonio mobiliare che supera le seguenti franchigie si detrae la quota di solidarietà massima :

Euro 15.000 moltiplicato per la seguente scala di equivalenza :

- 1 comp =x 1
- 2 comp =X 1.70
- Oltre 2 si aggiunge lo 0.40 per ogni ulteriore componente

Naturalmente si detrae la quota /franchigia del beneficiario, se convivente.

BENI IMMOBILI

Si applica una franchigia pari al valore della casa di abitazione più il valore di altri beni immobili fino a 20.000 euro (valore a fini ici). Oltre tale franchigia si detrae la quota massima di solidarietà

Situazioni particolari

Qualora la mancata corresponsione della quota di solidarietà dovuta dai familiari come sopra descritto, privi di fatto la persona dei necessari interventi assistenziali, è possibile, con provvedimento motivato, erogare l'intervento senza tenere conto della quota di solidarietà , solo in presenza di oggettive e motivate difficoltà nella relazione tra l'assistito ed i familiari . E' opportuno in tal caso valutare la necessità di segnalare la situazione all'autorità giudiziaria per attivare gli interventi di tutela a favore del cittadino.

In caso di interventi disposti dall'autorità giudiziaria, soprattutto se non condivisi-concordati con il beneficiario ovvero con i genitori (in caso si tratti di un minore) su valutazione del servizio sociale è possibile esentare dalla contribuzione al costo della prestazione.

PROCEDURE E DOCUMENTAZIONE

Il servizio viene erogato di norma a seguito di richiesta dell'interessato,o da chi lo rappresenta legalmente, inoltrata presso lo sportello di accoglienza del cssac . Qualora la segnalazione provenga da altri soggetti (medico curante, parenti o conoscenti, volontari), viene svolta una indagine sociale volta a verificare la necessità-volontà dell'interessato a beneficiare di un progetto assistenziale a cura dei servizi. In ogni caso viene sottoscritto tra i servizi ed il cittadino un contratto assistenziale che preveda il dettaglio degli interventi, i reciproci impegni, le verifiche, i costi a carico del cittadino e dell'ente.

Il cittadino dovrà produrre tutta la documentazione necessaria per illustrare la propria situazione economica ed in particolare :

- Una autocertificazione che ha validità 12 mesi sulla situazione reddituale e patrimoniale all'atto della richiesta
- La DSU in corso di validità

Qualora risultino parenti tenuti al versamento della quota di solidarietà, di norma non si chiede la documentazione reddituale dei medesimi, onde non gravare il cittadino di un ulteriore onere burocratico. In caso il cittadino ritenga di non poter corrispondere tale quota , sarà suo onere presentare la documentazione comprovante.

La documentazione ha validità 12 mesi, tuttavia il cittadino è tenuto ad informare il CSSAC di ogni variazione intervenuta nella situazione patrimoniale.

L'Ente si riserva di effettuare in qualunque momento ed attraverso le forme consentite dalle norme vigenti i controlli sulle certificazioni e sulla documentazione presentata. In caso sia accertata una erogazione non dovuta, l'Ente si riserva di attivare procedure di rivalsa. L'ente si riserva di valutare in tal caso l'interruzione del servizio ovvero la sua continuazione, qualora risulti necessaria a tutela della salute e del benessere del cittadino.

Le modalità di erogazione dei servizi possono essere le seguenti:

- Erogazione al cittadino di somme di denaro o buoni di servizio finalizzati all'acquisto di beni-servizi come da PAI . La quota che risulta a carico del cittadino va direttamente erogata da questi al fornitore
- L'erogazione di interventi da parte di personale CSSAC, al cui costo il cittadino può contribuire con la cifra concordata, versando al CSSAC il corrispettivo
- In caso di affidamenti familiari il rimborso spese per l'affido verrà sempre erogata a cura del cssac. Solo nel caso il cittadino superi le franchigie e desideri ugualmente tale intervento, egli verserà il corrispettivo totale o parziale del costo al CSSAC.

In caso di assenza di rete familiare il massimale può essere aumentato dal corrispondente del costo di una quota di affido, che può andare dai 200 ai 400 a seconda dell'intensità , a totale carico cssac, tranne casi particolari (cittadini che superano le franchigie e desiderano ugualmente l'intervento, in tal caso anche la quota affido va rimborsata all'ente)

La percentuale a carico del cittadino viene versata in percentuale data per i diversi interventi che compongono il "pacchetto": es il 5% al CSSAC per l'assistenza diretta a cura degli operatori OSS, il 5% all'Agenzia Accreditata per i Buoni di Servizio, mentre l'assegno di cura viene erogato applicando una decurtazione del 5% .

Deliberazione dell'Assemblea Consortile n. 12 del 10/05/2007
Oggetto: Approvazione Linee guida degli interventi a favore della domiciliarità.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 49, comma 1 del T.U. delle leggi sull'ordinamento degli Enti Locali di cui al D.Lgs. 18/08/2000 n. 267 vengono espressi i seguenti pareri dai Responsabili dei Servizi in ordine rispettivamente:

a) alla regolarità tecnica: FAVOREVOLE

Chieri, 10/05/2007

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Il presente verbale, salva l'ulteriore lettura e sua definitiva approvazione nella propria seduta, viene sottoscritto come segue:

IL PRESIDENTE
(Prof. Agostino MIRANTI)
.....

IL SEGRETARIO
(Dr. Daniele PALERMITI)
.....

Il sottoscritto, visti gli atti d'ufficio,

ATTESTA

- che la presente deliberazione:

è stata affissa all'albo pretorio della Città di Chieri nonché all'albo delle pubblicazioni del Consorzio il giorno .....28.MAG.2007....., per rimanervi per quindici giorni consecutivi *(art. 124, c. 1, del T.U. 18.08.2000 n. 267 – art. 26 Statuto Consortile.*

è stata trasmessa al Prefetto *(art. 135 del T.U. n. 267/2000)* con lettera n.....in data .....

Chieri, li.....28 MAG. 2007.....

IL SEGRETARIO
(Dr. Daniele PALERMITI)
.....

Il sottoscritto, visti gli atti d'ufficio,

ATTESTA

- che la presente deliberazione:

E' divenuta esecutiva il giorno .....:

decorsi 10 giorni dalla pubblicazione *(art. 134, c. 3, del T.U. 267/2000);*

Chieri, li.....

IL SEGRETARIO
(Dr. Daniele PALERMITI)
.....