

# COMUNE DI MONTE GIBERTO (FM)

## REGOLAMENTO SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

(Approvato con deliberazione C.C. n. 30 del 27.09.2013)

*Il presente Regolamento richiama l'Accordo di Programma tra l'Ambito Sociale XIX e l'ASUR Marche – Area Vasta 4 per la promozione di un sistema integrato dei servizi e gli interventi domiciliari, approvato dal Comitato dei Sindaci dell'Ambito Sociale XIX in data 03.06.2013, Delibera n. 25/2013.*

### ART. 1 DEFINIZIONE

Il Servizio di Assistenza Domiciliare è costituito da un complesso di interventi e prestazioni, di natura socio-assistenziale, erogate a domicilio di anziani, minori, disabili ed in genere di nuclei familiari comprendenti soggetti “fragili”, a rischio di emarginazione.

Il Servizio ha la finalità di prevenire e rimuovere cause e situazioni di difficoltà, anche momentanee, consentendo la permanenza nel normale ambiente di vita e riducendo il ricorso a strutture residenziali.

### ART. 2 FINALITA'

Il S.A.D. persegue le seguenti finalità:

- previene e rimuove situazioni di bisogno e di disagio, consentendo al cittadino di conservare l'autonomia di vita nella propria abitazione, nel proprio ambiente familiare e sociale, nei casi in cui egli venga a trovarsi nell'impossibilità di provvedere completamente a se stesso, senza poter contare sull'aiuto adeguato di familiari e/o parenti, o venga a trovarsi in uno stato di necessità che comprometta la continuazione normale della propria vita familiare;
- favorisce l'inserimento e la partecipazione alla vita comunitaria, contribuendo a rompere ogni forma di isolamento sociale;
- favorisce le dimissioni da ospedali o istituti;
- evita ricoveri in istituti o in ospedali, qualora non siano strettamente indispensabili;
- promuove l'autonomia delle famiglie a rischio di emarginazione e/o in situazioni problematiche;
- favorisce l'integrazione e il collegamento fra i servizi socio-sanitari in grado di concorrere all'autonomia della persona;
- favorisce il recupero delle potenzialità residue della persona ed il mantenimento dell'unità familiare;
- favorisce il miglioramento della qualità della vita al fine di perseguire un reale benessere soggettivo e sociale.

### ART. 3 DESTINATARI

Sono destinatari del Servizio tutti i cittadini residenti nel territorio comunale, che si trovano nella necessità di sostegno domiciliare per la soddisfazione dei bisogni elementari, relativi alla cura della persona, al governo della casa e alla cura della normale vita di relazione, in ossequio

al principio della salvaguardia della dignità del soggetto e del nucleo familiare. Nel caso di decesso del destinatario del servizio, il Servizio potrà essere mantenuto a beneficio del nucleo familiare convivente qualora permangano le condizioni di grave disagio socio-assistenziali.

I soggetti destinatari del Servizio sono:

- coloro che si trovano in stato di malattia o invalidità tale da comportare la necessità di aiuto da parte di altre persone per un periodo più o meno lungo ;
- coloro che non dispongono di sufficiente assistenza familiare ;
- coloro che vivono in famiglia , ma con forte situazione di disagio ;
- coloro che si trovano in particolari condizioni di bisogno temporaneo (attestata dalla relazione dei servizi socio-sanitari del territorio).

#### ART. 4 PRESTAZIONI

Le prestazioni del SAD debbono tendere al recupero, al mantenimento ed allo sviluppo del livello di autonomia nel contesto abitativo, attivando le capacità potenziali della persona o del nucleo assistito.

Le prestazioni erogate sono:

- **aiuto diretto della persona:** aiuto ad alzarsi dal letto, pulizia personale, vestizione, assunzione dei pasti, mobilitazione, ecc...
- **cura e governo della casa:** igiene dell'alloggio, cambio e lavaggio biancheria, preparazione dei pasti, spesa, ecc...
- **aiuto nel favorire la socializzazione:** coinvolgimento dei familiari, amici, rapporti con le strutture ricreative e culturali del territorio, ecc
- **aiuto nello svolgimento di:** pratiche amministrative in genere, o altri necessari collegamenti con diversi servizi socio-sanitari o enti territoriali.

#### ART. 5 REQUISITI E CRITERI PER ACCEDERE AL SERVIZIO SAD

I requisiti richiesti per accedere al Servizio di Assistenza Domiciliare sono:

- **non autosufficienza**
- **parziale autosufficienza:** rientra in questa tipologia di requisito anche il soggetto con limitazione lieve dell'autosufficienza. E' indispensabile intervenire verso le persone le cui precarie condizioni fisiche, psichiche e/o ambientali possano avviare un processo di cronicizzazione con conseguente ospedalizzazione e/o istituzionalizzazione

I criteri per accedere al Servizio di Assistenza Domiciliare possono essere posseduti anche separatamente:

- età avanzata
- grado di solitudine
- presenza di soggetti fragili e/o disabili e/o minori in nuclei problematici
- condizioni di salute precaria

#### ART. 6 MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Per poter usufruire del SAD è necessario che l'interessato o un suo familiare presenti domanda, su apposito modulo, come da allegato D del presente Regolamento, al Comune di residenza o all'UPS (Ufficio di Promozione Sociale) o ad altro Ente, Patronato autorizzato dal Comune di residenza del richiedente.

La domanda per l'ammissione al SAD inoltre, può essere presentata d'ufficio dal Comune, con personale proprio relativamente ai casi segnalati dai reparti ospedalieri, dai medici di base, da altri servizi socio-sanitari, dalle associazioni di volontariato o, su circostanziata segnalazione di privati cittadini, relativamente a casi di particolare bisogno sociale.

Ogni domanda, per essere considerata valida, dovrà comunque essere sottoscritta dall'interessato o da chi richiede il servizio e opportunamente corredata con la seguente documentazione:

- **certificazione medica**, predisposta come da modello allegato C, nella quale dovrà essere indicato il grado di non autosufficienza del richiedente;
- **relazioni dei servizi socio-assistenziali pubblici**, attestanti la situazione di disagio (solo per i nuclei problematici o soggetti fragili);
- **certificazione della situazione economica** (certificazione ISEE in corso di validità).

#### ART. 7

##### ISTRUTTORIA DELLA DOMANDA E AMMISSIONE

Successivamente alla presentazione della domanda l'Assistente Sociale, preposto alla valutazione del caso, effettua una visita domiciliare, nel corso della quale saranno raccolte informazioni necessarie alla valutazione dello stato di bisogno: condizioni abitative, sociali, esistenza o meno di supporti parentali o amicali del nucleo richiedente.

Tali notizie vengono registrate su apposita cartella individuale (modello allegato E) che raccoglie gli aspetti anamnestici e ogni altro elemento utile al servizio, per esempio: bisogni e risorse dell'utente, ipotesi di lavoro e piani di intervento.

Ad ogni richiesta viene attribuito un punteggio per l'immissione in graduatoria e viene definita la quota di partecipazione a carico dell'utente.

Il Servizio Assistenza Domiciliare viene attivato sulla base delle risorse disponibili assegnate dall'Ente.

L'esito della domanda viene comunicato al soggetto richiedente.

I soggetti richiedenti sono ammessi al Servizio in base all'attribuzione del punteggio, seguendo i criteri riportati nella scheda allegata (allegato A); sono quindi inseriti nella graduatoria comunale, stilata in ordine decrescente di punteggio.

Le nuove domande verranno valutate ed inserite in un'apposita graduatoria aggiornata annualmente. Nel caso in cui la graduatoria si esaurisca, si procederà anticipatamente all'aggiornamento della stessa.

A parità di punteggio si dà priorità ai soggetti aventi i seguenti requisiti in ordine di precedenza:

- anzianità;
- data di presentazione della prima domanda di ammissione al servizio.

#### ART. 8

##### MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Le prestazioni a domicilio vengono erogate sulla base ed in conformità al Piano Individualizzato di intervento, predisposto dall'Assistente Sociale, il quale deve contenere per ogni singolo utente:

- **orari di permanenza** dell'Assistente Domiciliare presso l'abitazione dell'utente. Questi verranno concordati al momento dell'accettazione della domanda;
- **lavori domestici** che dovranno riguardare soltanto prestazioni strettamente necessarie a mantenere l'igiene e l'ordine dell'ambiente in cui l'utente vive;
- **altre prestazioni** che l'Assistente Domiciliare dovrà effettuare per il raggiungimento dell'autonomia dell'utente.

L'aiuto domestico sarà sospeso nel caso in cui qualche familiare, non presente nel nucleo originale ed in grado di fornire assistenza, sia presente al domicilio dell'utente per un periodo superiore a 30 giorni.

Ogni utente del SAD è tenuto a comunicare eventuali variazioni della propria situazione economica o abitativa (arrivo di parenti, ricovero in ospedale, periodi di assenza). Gli utenti SAD potranno essere sottoposti ad un controllo, da parte del Servizio stesso, circa il reddito, le condizioni socio-sanitarie, l'andamento del Servizio.

#### ART. 9

##### RISOLUZIONE DEL SERVIZIO

1. Il Servizio di Assistenza Domiciliare cessa in caso di:
- rinuncia scritta dell'utente o dei familiari;
  - ricovero definitivo in struttura residenziale;
  - trasferimento di residenza in altro nucleo in grado di garantire assistenza;
  - superamento della momentanea criticità;
  - erogazione di assegno di cura;
  - decesso dell'utente.

2. Il Servizio di Assistenza Domiciliare, previa valutazione del Servizio Sociale, può essere sospeso in caso di:

- ricovero ospedaliero dell'utente;
- ricovero in centro assistenziale e/o di riabilitazione;
- soggiorno dell'utente presso parenti;
- soggiorno temporaneo dell'utente in altra località;
- mancato pagamento della quota di compartecipazione al Servizio, entro il mese successivo a quello di trasmissione del sollecito.

## ART. 10 CONCORSO DEGLI UTENTI AL COSTO DEL SERVIZIO

Gli utenti del Servizio di Assistenza Domiciliare sono tenuti a concorrere al costo dei servizi erogati in rapporto alle proprie condizioni economiche, reddituali e patrimoniali. A tal fine si applicano i criteri unificati di valutazione della situazione economica di cui ai decreti legislativi 31/03/98 n. 109 e 03/05/2000 n. 130 e s.m.i., nonché ai D.P.C.M. 07/05/99 n. 221 e 04.04.2001 n. 242 (I.S.E.E. - Indicatore della Situazione Economica Equivalente), secondo i termini di cui all'allegato B del presente Regolamento, che la Giunta Comunale provvede ad aggiornare annualmente.

Per le "persone con handicap permanente grave, di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n.104, accertato ai sensi dell'articolo 4 della stessa legge, nonché a soggetti ultra-sessantacinquenni la cui non autosufficienza fisica o psichica sia stata accertata dalle aziende unità sanitarie locali", al fine di "favorire la permanenza dell'assistito presso il nucleo familiare di appartenenza", si evidenzia la situazione economica del solo assistito, così come previsto dall'art.3, comma 2ter del D.Lgs. 31 marzo 1998, n.109, come modificato dal D.Lgs. 3 maggio 2000, n.130.

Gli utenti del Servizio sono tenuti a stipulare con l'Ente apposito "contratto" inerente il servizio erogato, con il quale si impegna a rifondere la propria quota mensile di compartecipazione.

Il soggetto richiedente che non presenti la documentazione ISEE dovrà versare il massimo della contribuzione pari al 100% del costo orario del servizio.

Quanti già accedono al servizio SAD, ai soli fini della determinazione della compartecipazione di spesa, saranno tenuti a documentare la propria condizione ISEE, e potranno rinunciare al servizio nel caso in cui non ritengano opportuno farsi carico della quota derivante dall'applicazione della rispettiva fascia di compartecipazione, determinata sulla base del reddito documentato di cui all'Allegato B.

## ART. 11 DISPOSIZIONI TRANSITORIE

Questo Regolamento viene approvato dal Comitato dei Sindaci dell'Ambito Sociale XIX; successivamente, entro e non oltre il 30.09.2013, tutti i Comuni dell'Ambito Sociale XIX dovranno recepirlo, formulando la apposita graduatoria comunale per l'assistenza programmata, secondo i criteri stabiliti nell'Allegato A.

Una quota del budget che il Comune assegna al servizio SAD dovrà essere destinata a situazioni di emergenza, relative a soggetti non inseriti nella graduatoria programmata e annuale. Il servizio nei casi di emergenza potrà essere garantito per un periodo massimo di mesi sei, o comunque fino al nuovo aggiornamento della graduatoria decorso il quale, dovrà seguire opportuna valutazione e consequenziale inserimento nella graduatoria programmata e annuale.

In caso di decesso del destinatario, il SAD – previa valutazione dei Servizi socio-sanitari - potrà essere mantenuto a beneficio del nucleo familiare restante qualora permangano le condizioni di grave disagio socio-assistenziale.

## ALLEGATO A

### TABELLA DI ATTRIBUZIONE PUNTEGGIO PER ACCESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

#### A) **ETA'**

< 65 anni	> 65 anni < 75	> 75 < 85	> 85
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>5</b>

#### B) **UTENTE AFFETTO DA PATOLOGIE PSICHICHE** (con esibizione di certificazione medica)

Si	No
<b>10</b>	<b>0</b>

#### C) **INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO**

Si	No
<b>0</b>	<b>2</b>

#### D) **CONVIVENZA**

Vive con altri familiari o conviventi	Vive da solo
<b>0</b>	<b>5</b>

#### E) **CAPACITA' DI ASSISTENZA DA PARTE DI FAMILIARI CONVIVENTI E NON CONVIVENTI**

Si	No
<b>0</b>	<b>10</b>

**F) PRESENZA DI PARENTI TENUTI AGLI ALIMENTI**

**F1)**

Si	No
<b>0</b>	<b>35</b>

**F2) Se Si (distanza chilometrica)**

km 0	da km 1 a 10	da km 11 a 30	da km 31 a 50 e oltre
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>5</b>

**G) ULTERIORI PORTATORI DI HANDICAP PRESENTI IN FAMIGLIA**

(anche di tipo psichico con certificazioni sanitarie)

Si	No
<b>5</b>	<b>0</b>

**H) ALLOGGIO** (previa verifica dell' Assistente Sociale con visita domiciliare)

**H1) PROPRIETA'**

Casa propria o di proprietà di figli e familiari (comunque senza canone locazione)	Casa con canone di locazione
<b>0</b>	<b>5</b>

**H2) IDONEITA' AMBIENTI**

Ambiente idoneo	Ambiente non idoneo
<b>0</b>	<b>2</b>

**H3) IDONEITA' SERVIZI IGIENICO-SANITARI**

Idoneo	Non idoneo
<b>0</b>	<b>3</b>

**H4) COLLOCAZIONE ALLOGGIO**

Abitazione isolata	Abitazione ubicata in zona centrale e/o servita
<b>5</b>	<b>0</b>

**I) REDDITO NUCLEO FAMILIARE**

Da Euro	A Euro	punteggio
Pari o inferiore minima INPS	Fino a 7.500,00	<b>7</b>
7.500,01	10.101,07	<b>6,5</b>

10.101,08	12.626,33	6
12.626,34	15.151,59	5,5
15.151,60	17.676,86	5
17.676,87	20.202,12	4,5
20.202,13	22.720,86	4
22.720,87	25.252,64	3,5
25.252,65	27.777,90	3
27.777,91	30.303,16	2,5
30.303,17	33.670,17	2
33.670,18	37.878,93	1,5
37.878,94	42.087,70	1
42.087,71	46.296,45	0,5
Chi non presenta la documentazione ISEE		0

### Assegnazione punteggio Stato di autosufficienza

		punteggio
PERSONA NON AUTOSSUFFICIENTE	<input type="checkbox"/> temporaneamente	55
	<input type="checkbox"/> permanentemente	60
PERSONA PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE	<input type="checkbox"/> temporaneamente	45
	<input type="checkbox"/> permanentemente	50
PERSONA CON LIMITAZIONE LIEVE DELL' AUTOSUFFICIENZA	<input type="checkbox"/> temporaneamente	35
	<input type="checkbox"/> permanentemente	40
PERSONA AUTOSUFFICIENTE MA IN SITUAZIONE DI RISCHIO SOCIO-SANITARIO	<input type="checkbox"/> temporaneamente	25
	<input type="checkbox"/> permanentemente	30

### **ALLEGATO B**

#### REDDITO ISEE NUCLEO FAMILIARE (ANNUO)

<b>SOGLIA DI ACCESSO BASE</b>	<b>€ 7.500,00</b>
-------------------------------	-------------------

DA Euro	A Euro	% quota di compartecipazione utente
---------	--------	---

-----	7.500,00	0%
7.500,01	8.625,00	10%
8.625,01	9.750,00	15%
9.750,01	10.875,00	20%
10.875,01	12.000,00	25%
12.000,01	13.500,00	30%
13.500,01	15.000,00	45%
15.000,01	19.000,00	60%
19.000,01	22.000,00	80%
Oltre 22.000,01		100%

**ALLEGATO C**

**SCHEMA DI VALUTAZIONE SULLO STATO DI AUTOSUFFICIENZA**

- SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE-

Dott..... (telefono n°.....) con  
Ambulatorio in..... Via..... n.c.....

**PRIMA SEZIONE**

**Dati anagrafici assistito**  
(si prega di scrivere in stampatello maiuscolo)

**SEZIONE A – DATI ANAGRAFICI**

<input type="text"/> A.1 COGNOME	<input type="text"/> A.2 NOME	<input type="text"/> M      F A.3
SESSO		
<input type="text"/> A.4 DATA DI NASCITA	<input type="text"/> A.5 COMUNE DI NASCITA	<input type="text"/>
<input type="text"/> A.6 COMUNE DI RESIDENZA CIVICO	<input type="text"/> A.7 VIA	<input type="text"/> A.8 N°
<input type="text"/> A.9 TESSERA SANITARIA A.11 N° TELEFONO	<input type="text"/> A.10 EVENTUALE ESENZIONE TICKET	<input type="text"/>

**SEZIONE B – AUTOSUFFICIENZA**

B.1  **PERSONA NON AUTOSSUFFICIENTE**      B.1t  **temporaneamente**  
B.1p  **permanentemente**

B.2  **PERSONA PARZIALMENTE**      B.2t  **temporaneamente**  
**AUTOSUFFICIENTE**      B.2p  **permanentemente**

B.3  **PERSONA CON LIMITAZIONE LIEVE**      B.3t  **temporaneamente**  
**DELL'AUTOSUFFICIENZA**      B.3p  **permanentemente**

B.4  **PERSONA AUTOSUFFICIENTE MA IN  
SITUAZIONE DI RISCHIO SOCIO-SANITARIO**

B.4t  **temporaneamente**  
B.4p  **permanentemente**

**Il paziente presenta la seguente situazione sanitaria**

**SEZIONE C- DIAGNOSI DETTAGLIATA E SINTESI DEI PROBLEMI SANITARI**

**Pertanto necessita delle seguenti prestazioni di natura sanitaria e socio-assistenziale:**

**SEZIONE D/E- PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIO-ASSISTENZIALI RICHIESTE**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> assistenza medico generica                                    | <input type="checkbox"/> assistenza sociale e segretariato sociale  |
| <input type="checkbox"/> assistenza infermeristica domiciliare                         | <input type="checkbox"/> assistenza domestica (S.A.D.)  |
| <input type="checkbox"/> assistenza medico-specialistica domiciliare                   | <input type="checkbox"/> assistenza abitativa (compresa quella rivolta alla eliminazione delle barriere architettoniche)                      |
| <input type="checkbox"/> assistenza riabilitativa e di recupero funzionale a domicilio | <input type="checkbox"/> interventi assistenziali di carattere economico continuativi/straordinari (spesa farmaci, spese canone di locazione) |
| <input type="checkbox"/> servizio di telesoccorso- telecontrollo                       | <input type="checkbox"/> interventi volti a superare l'isolamento sociale   |
| <input type="checkbox"/> fornitura di ausili per incontinenza e/o presidi sanitari     | <input type="checkbox"/> Altro<br>(specificare.....<br>.....<br>.....   |
| <input type="checkbox"/> assistenza psicologica  | <input type="checkbox"/> Altro<br>(specificare.....<br>.....<br>.....   |
| <b>D.8</b>   | <b>E.8</b>  |
| <input type="checkbox"/> il paziente è portatore di<br>(specificare.....<br>.....      | <input type="checkbox"/> Altro<br>(specificare.....<br>.....  |

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

**ALLEGATO D**

**DOMANDA PER L'AMMISSIONE**  
**AL SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE**

Al Sindaco  
del \_\_\_\_\_ Comune

di \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Per conto di \_\_\_\_\_  
Nato il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, residente in via \_\_\_\_\_  
Medico di base \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di usufruire del Servizio di Assistenza domiciliare (S.A.D.) per:

- igiene e cura personale, aiuto per il bagno
  - vestizione e svestizione
  - riordino e cura degli oggetti personali
  - riordino e pulizia della pulizia e dei locali dell'assistito
  - preparazione e somministrazione dei pasti
  - controllo nell'assunzione dei farmaci
  - cambio della biancheria
  - piccole commissioni per i bisogni urgenti e indispensabili dell'assistito, solo quando non è possibile organizzare l'intervento in misura coordinata
  - altro \_\_\_\_\_
- 

**DICHIARA**

Che l'importo del reddito ISEE del proprio nucleo familiare, quale risultante agli atti d'anagrafe, (Dichiarazione redditi 2012 anno di imposta 2011) è pari a E. .... come dal computo del C.A.A.F. .... di .....in data .....

**IL RICHIEDENTE INOLTRE**

- Si impegna al pagamento della quota di compartecipazione;
- Si impegna a presentare ogni documentazione richiesta dal comune;
- Prende atto che eventuali dichiarazioni false o non rispondenti a verità nella presente domanda comporteranno l'annullamento della domanda stessa;
- Di autorizzare la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi della L. 196/03;
- Consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell'art. 26 della Legge 4 gennaio 1968, n.15 per falsità in atti e dichiarazione mendaci, dichiara di aver compilato la presente domanda di ammissione ai Servizi sociali comunali, e che quanto in essa espresso è vero ed è documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti.

Dichiara, altresì, di essere a conoscenza che, nel caso di erogazione di una prestazione sociale agevolata, potranno essere eseguiti controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuate, da parte della Guardia di Finanza, presso gli istituti di credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi degli articoli 4, comma 2, del Decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e 6, comma 3, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221, e che potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata e confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati del sistema informativo del Ministero delle Finanze.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

## ALLEGATO E

### AMBITO SOCIALE XIX – ASUR MARCHE AREA VASTA 4

*Data di compilazione*

*Codice utente* \_\_\_\_\_

Scheda compilata dall'operatore \_\_\_\_\_

*Area di intervento*

Minori-adolescenti-giovani    Famiglia    Disabili    Immigrati    Adulti    Anziani

Generalità Utente

Cognome e Nome			
Luogo di nascita			Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Data di nascita		Codice Fiscale	
Residente in via:			Num.
Città:			CAP

	Si	No	
Cittadinanza Italiana			
Altra cittadinanza			Quale:
In possesso di permesso di soggiorno			
In possesso di carta di soggiorno			

Stato civile (Celibe, nubile, Coniugato, convivente)	
Titolo di Studio	
Recapito telefonico	Tel. fisso: Cellulare: Ulteriore recapito:

Bisogno Semplice

<i>Richiesta Espressa:</i> <input type="checkbox"/> Informazione <input type="checkbox"/> Orientamento <input type="checkbox"/> Disbrigo Pratiche

<i>Risposta alla richiesta espressa:</i>

**Bisogno semplice Servizi Sociali**

<b>SERVIZI E PRESTAZIONI</b>		Sostegno linguistico immigrati	
Sportello Informa..famiglia		Inserimento in strutture residenziali	
Sportello Informagiovani		Rilascio tessera trasporto agevolato	
Sportello Immigrati			
Sportello SILD			
Centro di Formazione Genitori ed Educatori			
Interpretariato per non udenti			
Centri Aggregazione Giovanile-Ludoteche		<b>CONTIBUTI ECONOMICI</b>	
Centro Sollievo		Assegno di maternità (L. 448/98)	
Centri sociali		Assegno per il nucleo familiare numeroso (L. 448/98)	
Centri socio-educativi		Assistenza Economica a nuclei familiari in difficoltà	
Asilo nido		Contributi per il canone di locazione (L. 431/98)	
Servizio Civile Volontario		Contributi a favore della famiglia (L. R. 30/98)	
Affidamento familiare		Contributi per trasporto	
Soggiorni estivi		Libri di testo (L. 448/98)	
Cure Termali		Borse di studio	
Centri Ricreativi Estivi		Contributo acquisto ausili tecnici-informatici-automatismi di guida	
Casa di riposo anziani (integrazione)		Contributi ad associazioni e gruppi organizzati di volontariato	
Mensa scolastica		Compartecipazione al mantenimento degli illegittimi	
Servizio trasporto scolastico		Rimborso spese viaggi emigrati	
Assistenza domiciliare/educativa domiciliare		Altro.....	
Assistenza scolastica		.....	

**Bisogno complesso Servizi socio-sanitari**

Consultorio		
Unità Multidisciplinare Età Evolutiva - UMEE		
Unità Multidisciplinare Età Adulta - UMEA		
Assistenza Domiciliare Integrata		
Dipartimento Dipendenze-( Ser.D)		

Dipartimento Salute Mentale (DSM)		
Servizio di riabilitazione		
Altro.....		
.....		
.....		



**Note per la compilazione:**

(\*1) padre, madre, fratello/sorella, figlio/a, suocero/a, nonno/a, altri parenti, altri non parenti, coniuge, convivente, amico, vicino di casa, altro

(\*2) Lavora in modo continuo con contributi, lavora in modo continuo senza contributi, lavora in modo discontinuo con contributi, lavora in modo discontinuo senza contributi, è in cassa integrazione, lista di mobilità, ha una borsa lavoro, è disoccupato, è in cerca di prima occupazione

(\*3) Operaio, Impiegato, Dirigente, Lavoro autonomo, Libero Professionista, Imprenditore, Lavoro marginale (posteggiatore, raccolta carta/ferro...), Casalinga, Pensionato, Studente, Inabile

(\*4) - Reddito da lavoro, Pensione di vecchiaia, Assegno Sociale, Assegno di invalidità, Pensione di reversibilità, Indennità di accompagnamento, Assegno di Mantenimento, Aiuti Familiari, Pensione di inabilità

Tipo di Abitazione

	Si	No	
Di Proprietà			
Usufrutto (utilizzo senza canone)			
Affitto			Canone mensile: €
Subaffitto			Canone mensile: €
Edilizia Popolare			Canone mensile: €
Coabitazione			Canone mensile: €
Pensione /Albergo			Spesa giornaliera €
Ospitalità presso una Pronta accoglienza			Spesa giornaliera €
Alloggio Improprio (roulotte, auto.....)			Da quanto tempo
Presso parenti o amici			

*L'utente è stato in carico ad altri Servizi*

	Si	No	Referente	Data
Servizio Sociale Comunale				
Servizio Sociale Sanitario				
Consultorio				
Centro di Salute Mentale				
DID, Dipartimento per le dipendenze (Ser.D.)				
Servizio Disabili Minori/Adulti (UMEE-UMEA)				
Assistenza Domiciliare Integrata (SAD+ADI)				
Servizio Sociale Ministero della Giustizia				
Altri				

Stato giuridico

Presenza di un tutore	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Nome:
Rapporti / Disposizioni del Tribunale			
Segnalazione Procura della Repubblica	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Data e Motivo			
Rapporto Giudice Tutelare			

Inserimento in struttura

	Nome	Periodo
Centro Residenziale		
Centro Diurno		
Pronta Accoglienza		
Altre strutture		
Lista d'attesa		

*L'utente è ancora in carico ad altri Servizi*     No     Si

Se sì, Quali \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Richiesta espressa e considerazioni dell'Assistente Sociale

Ulteriori informazioni sul nucleo (condizione sociale, sanitaria, economica) e sulle relazioni all'interno di esso (conflitti, dinamiche, affettività, comportamenti devianti);	
<b>Descrizione delle condizioni familiari (relazioni tra genitori e figli, tra figli, con i parenti, ecc.);</b>	
Descrizione delle problematiche emerse (con particolare riferimento agli eventi, ad esempio: lutti, separazioni, sfratto, licenziamenti, ecc.);	
<b>Da quanto tempo è presente lo stato di bisogno / eventi improvvisi accaduti;</b>	
<b>Indicazioni rispetto alla situazione reddituale</b>	
<b>Difficoltà rilevate all'interno del nucleo familiare: tossicodipendenza, alcolismo, HIV, malattia mentale.....</b>	
<b>Valutazione complessiva</b>	

Il caso è stato inviato da:

	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>invio spontaneo</b>			
<b>familiare</b>			<b>Quale:</b>
<b>servizio pubblico o privato</b>			<b>Quale:</b>
<b>Altro.....</b>			<b>Quale:</b>

L'utente è stato inviato al:

	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>Operatore di riferimento</b>	<b>Data appuntamento</b>
Servizio Sociale Comunale				
Servizio Sociale Sanitario				
Consultorio				
Centro di Salute Mentale				
DID, Dipartimento per le dipendenze (ex Sert)				
Servizio Disabili Minori/Adulti (UMEE-UMEA)				
Assistenza Domiciliare Integrata (SAD+ADI)				
Servizio Sociale Ministero della Giustizia				
Altri				

*Tempistica*

<b>Data dell' avvenuto invio al Servizio</b>	
<b>Data dell'inserimento della scheda nella banca dati</b>	
<b>Data dell'aggiornamento della scheda</b>	

<b>Firma dell'Operatore</b>	
-----------------------------	--

## ALLEGATO F

### SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE

#### Contratto Assistenziale

TRA

Il Comune di Fermo nella persona del Dirigente, Daniela Alessandrini, la quale interviene nell'interesse del Comune di Fermo e domiciliata per la carica presso la residenza municipale, Via Mazzini n. 4, C.F. 00334990447;

E

Il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_ n°

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

In esecuzione del Regolamento Comunale per il SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE di cui all'Atto C.C. n. 79/2008.

Si conviene e si stipula quanto segue per le finalità di cui al servizio in argomento:

#### ART. 1

##### **Impegno del Comune**

Il Comune si impegna a:

- Erogare il Servizio di Assistenza Domiciliare secondo le modalità definite nel programma individualizzato, opportunamente predisposto dall'Assistente Sociale dell'Ente, responsabile del caso, per n° \_\_\_\_\_ ore settimanali con decorrenza dal \_\_\_\_\_;
- Verificare la eventuale variazione della compartecipazione economica con richiesta annuale di attestazione I.S.E.E.;
- Verificare la rispondenza del programma individualizzato ai reali bisogni dell'utente con cadenza almeno annuale, fermo restando l'impegno del Servizio Sociale di proporre, in qualunque momento, eventuali variazioni di orario e/o di intervento, qualora subentrino nuovi elementi che vanno a modificare le condizioni iniziali in base alle quali è stato definito sia l'accesso al Servizio che il programma individualizzato;
- Dare atto che l'eventuale variazione dell'intervento, su proposta del Servizio Sociale, viene disposta dal Dirigente con proprio provvedimento.

#### ART. 2

##### **Impegno dell'utente e del suo nucleo familiare**

L'utente e il suo nucleo familiare si impegnano a:

- Collaborare con l'Assistente Sociale Responsabile del caso e con gli operatori per il puntuale svolgimento del programma assistenziale individualizzato;
- Comunicare al Servizio Sociale dell'Ente le variazioni che potrebbero intervenire sia per assenza temporanea dell'assistito che per altri motivi comunque incidenti nel regolare svolgimento del servizio;
- Comunicare, con cadenza annuale, la attestazione ISEE relativo al reddito del proprio nucleo familiare;

- Corrispondere la tariffa oraria di €\_\_\_\_\_ per il Servizio di Assistenza Domiciliare di cui è fruitore, versando mensilmente, entro il mese successivo a quello in cui si è beneficiato del Servizio, presso l'Ufficio Economato o Ufficio Postale, la somma complessiva, risultante dal prodotto della tariffa oraria ed il numero delle ore usufruite. **Si precisa che la suddetta tariffa oraria è stata determinata sulla base della documentazione ISEE prodotta dall'utente, riferita all'annualità 2012, e che, pertanto, la stessa potrà subire variazioni, per le seguenti annualità, sulla base delle attestazioni ISEE di volta in volta prodotte.**
- L'utente dichiara di essere a conoscenza dell'eventuale rescissione del presente contratto nel caso di inadempienza degli obblighi derivanti dall'art. 9, con particolare riferimento ai termini di pagamento della quota.

Letto, approvato e sottoscritto

Fermo, li \_\_\_\_\_

Il Dirigente Settore Servizi Sociali

L'utente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ALLEGATO G

### SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE

#### **Programma Individualizzato**

(Barrare le voci che interessano)

Le prestazioni socio – assistenziali da assicurare al Sig./ra \_\_\_\_\_

Per Ore settimanali assegnate n° \_\_\_\_\_

Sono le seguenti:

- Operazioni per l'igiene personale quotidiana
- Operazioni periodiche di pulizia completa della persona
- Somministrazione dei pasti
- Aiuto e controllo nella preparazione dei pasti
- Assistenza e aiuto nella deambulazione, mobilizzazione, vestizione e nella gestione delle attività quotidiane, anche avvalendosi degli ausili ritenuti opportuni
- Espletamento di attività significative per l'utente, in rapporto con l'esterno anche a mezzo attività socializzanti
- Aiuto e controllo nell'espletamento delle normali attività quotidiane sia all'interno dell'abitazione che in rapporto con l'esterno
- Attività per il mantenimento di idonee condizioni igienico sanitarie dell'ambiente di vita dell'utente
- Attività di stimolo per il mantenimento delle relazioni sociali
- Attività per la prevenzione ed il mantenimento delle residue capacità psicofisiche dell'utente
- Prevenzione delle piaghe da decubito anche avvalendosi degli ausili ritenuti opportuni.
- Altro \_\_\_\_\_

Il Responsabile del caso  
A.S. ....

L'Utente  
Sig./ra .....