



COMUNE DI PABILLONIS

(Provincia del Sud Sardegna)
Via San Giovanni, 7 – 09030 Pabillonis (SU)
Codice fiscale/partita IVA 00497620922

AREA AMMINISTRATIVA-AA.GG.-VIGILANZA **SERVIZIO PUBBLICA ISTRUZIONE**

Telefono 070 93529207-209-215-219

Sito Web www.comune.pabillonis.su.it

PEC: protocollo@pec.comune.pabillonis.su.it Email: servizisociali@comune.pabillonis.su.it

Regolamento per il servizio di assistenza domiciliare (SAD)

Approvato con Deliberazione di C.C. n. 19 del 28.06.2021

INDICE

- Art.1 Oggetto del Servizio
- Art.2 Finalità del Servizio
- Art.3 Destinatari del Servizio
- Art.4 Tipologia delle prestazioni
- Art.5 Procedure per l'attivazione del Servizio
- Art.6 Documentazione
- Art.7 Organizzazione e funzionamento SAD
- Art.8 Compartecipazione dell'utente
- Art.9 Determinazione compartecipazione al costo del Servizio
- Art.10 Tabella di contribuzione dell'utente al costo del Servizio
- Art.11 Assenza di consenso dell'utente
- Art.12 Sospensione/Interruzione del Servizio
- Art.13 Verifiche
- Art.14 Doveri dell'Assistente domiciliare
- Art.15 Doveri del destinatario
- Art.16 Compiti del Servizio Sociale Professionale
- Art.17 Modalità di erogazione del Servizio
- Art.18 Ruolo del Volontariato
- Art. 19 Disposizioni finale - Entrata in vigore

Art. 1

Oggetto del Servizio

1. Il presente documento disciplina, nell'ambito dei principi dell'ordinamento e nel rispetto della normativa vigente, l'attività di Assistenza Domiciliare (S.A.D.) a favore dei cittadini residenti nel Comune di Pabillonis attraverso prestazioni di tipo socio-assistenziale.

Art. 2

Finalità del Servizio

1. Il Servizio di Assistenza Domiciliare consiste in un insieme di prestazioni e interventi finalizzati al soddisfacimento dei bisogni essenziali della persona allo scopo di:
 - Assicurare alla stessa, in conformità ad una diagnosi sociale, una serie di prestazioni che le consentano di condurre - restando nel proprio domicilio - un'esistenza dignitosa con la garanzia dell'integrità fisica e della protezione dagli elementi e dalle situazioni patologiche;
 - Salvaguardare l'integrazione della stessa all'interno del nucleo familiare, evitando che la mancanza di interventi idonei conduca alla sua emarginazione;
- a) Favorire la permanenza della stessa nella sua famiglia e nel suo ambiente di vita, fatto di abitudini, di routine quotidiana, di persone note e di rapporti di vicinato;
- b) Proteggere la stessa dall'eventuale isolamento dalla comunità, favorendone i contatti sociali, non limitando l'assistenza domiciliare a pura e semplice prestazione tecnica;
- c) Personalizzare l'intervento, sulla base delle caratteristiche personali del soggetto destinatario e della sua situazione di vita;
- d) Tenendo conto del parere del medico o dell'operatore sanitario interessato, operare per evitare l'istituzionalizzazione della persona e ogni altra forma di ospedalizzazione prolungata e di medicalizzazione delle prestazioni;
- e) Alleggerire il carico familiare nei casi di persone con particolari esigenze derivanti da condizioni debilitanti;
- f) Sostenere nuclei familiari con la presenza di minori nell'organizzazione e gestione della vita quotidiana;
- g) Attivare momenti di prevenzione primaria, secondaria e terziaria e/o eventualmente riduzione del danno, talché situazioni già compromesse non subiscano un ulteriore processo involutivo;
- h) Operare con l'obiettivo ultimo dell'autonomia dell'individuo, favorendo ogni elemento che porti alla sua responsabilizzazione e alla non dipendenza dal Servizio stesso.

Art. 3

Destinatari del Servizio

1. Sono destinatari del Servizio persone o nuclei familiari residenti nel Comune di Pabillonis. Solo in casi di particolare gravità, previo accordo con l'Amministrazione Comunale di provenienza, sulla quale ricadrà la spesa, il Servizio potrà essere erogato anche nei confronti di persone non residenti, stante la disponibilità del monte ore.
2. I destinatari si devono trovare in una o più delle seguenti condizioni:
 - a) Di parziale o totale non – autosufficienza, anche temporanea;
 - b) Non in grado di soddisfare le proprie esigenze personali, domestiche e relazionali;
 - c) A rischio di emarginazione sociale, con particolare riguardo ai soggetti in età evolutiva;
 - d) Di ridotta o nulla autonomia personale, per handicap fisico o psichico e invalidità;
 - e) In conclamate situazioni di grave isolamento sociale;
 - f) In situazione di ridotta autonomia personale a causa dell'età avanzata, in assenza di parenti o di loro impossibilità o reiterata mancanza di volontà a prendersi cura del familiare.

Art. 4

Tipologia delle prestazioni

1. Le prestazioni che possono essere erogate dal Servizio di Assistenza Domiciliare sono:
Azioni volti a favorire l'autosufficienza nelle attività giornaliere:
 - a) cura dell'igiene personale, nei casi in cui i soggetti siano incapaci a provvedervi, per età o per ridotta autosufficienza, ovvero indicazione sulle corrette norme igieniche;
 - b) aiuto per la vestizione;
 - c) preparazione, somministrazione e/o aiuto nell'assunzione dei pasti, educazione alimentare;
 - d) mobilitazione delle persone non autosufficienti;
 - e) aiuto al mantenimento di abilità (uso del telefono, elettrodomestici, autobus, ecc)
- **Aiuto per il governo dell'alloggio e delle attività domestiche:**
 - a) cura delle condizioni igieniche dell'alloggio;
 - b) riordino del letto e delle stanze;
 - c) cambio biancheria;
 - d) piccolo bucato;
 - e) stiratura;
 - f) cucito;
 - g) preparazione dei pasti e/o trasporto dei pasti a domicilio;
 - h) assistenza nell'organizzazione dell'attività economica domestica;
 - i) acquisto generi alimentari, medicinali, materiali igienico-sanitari;
 - j) commissioni varie;
- **Interventi igienico – sanitari di semplice attuazione:**

- a) Collaborazione con i familiari e/o operatori sanitari nella sorveglianza della corretta assunzione della terapia farmacologica prescritta, rilevamento della temperatura del polso, prevenzione delle piaghe da decubito, aiuto nella mobilizzazione attiva e passiva, uso di ausili e protesi, secondo prescrizioni professionali degli operatori specialisti autorizzati. E' esclusa la terapia iniettiva, fleboclisi, cateterizzazione e ogni altra prestazione che richieda il possesso di specifica qualifica e autorizzazione all'esercizio.
- b) segnalazioni al MMG, delle eventuali variazioni condizioni psico-fisiche dell'utente;
- **Interventi volti a favorire la socializzazione e la vita di relazione degli utenti:**
 - a) accompagnamento e accesso ai servizi;
 - b) azioni facilitanti l'attivazione, il mantenimento e il consolidamento delle relazioni familiari e sociali;
- **Collaborazione nel settore del Segretariato Sociale e dell'educazione sanitaria:**
 - a) informazioni su diritti (previdenziali – sanitari – assistenziali- ecc.), pratiche e servizi;
 - b) disbrigo di semplici pratiche personali;
 - c) informazioni sull'educazione sanitaria;
- **Contributo alla realizzazione delle attività da svolgersi presso i Centri Socio – educativi Comunali:**
 - a) aiuto alla persona disabile nell'inserimento nelle varie attività;
 - b) Servizio di supporto agli educatori;
- **Interventi di accompagnamento:**
 - a) accompagnamento e assistenza in occasione di spostamenti dal domicilio per varie esigenze, quali per esempio visite mediche, ricoveri ospedalieri, varie spese e acquisti, visite ai parenti, disbrigo di pratiche burocratiche e per ogni altra necessità ritenuta rilevante dal Servizio Sociale Professionale;
 - b) Accompagnamento presso i presidi sanitari anche fuori sede e assistenza in ospedale in caso di urgente necessità e/o assenza di parenti o altre persone disposte a provvedervi, le cui necessità e modalità sono stabilite dal Servizio Sociale Professionale;
 - c) Trasporto per visite mediche o altre necessità quando i fruitori non siano in grado di provvedervi autonomamente o con altri aiuti. Il Servizio di trasporto risponde anche ad altre necessità quali per esempio, la fruizione del tempo libero e la socializzazione;
 - d) l'accompagnamento comprende prestazioni quali il supporto nelle operazioni di salita e di discesa dal mezzo, l'ingresso nella struttura, oltre alla idonea vestizione o svestizione del soggetto cui è rivolto l'intervento.
 - e) Negli interventi non sono comprese le pulizie straordinarie della casa. Tutti gli interventi verranno attuati sulla base di un programma individualizzato predisposto dal Servizio Sociale Professionale. Possono essere previste forme di prestazioni complementari a quelle sopra descritte, anche in collaborazione con altri Servizi, Aziende e Strutture, quali:
 - f) Servizio lavanderia;
 - g) consegna pasti caldi;
 - h) telesoccorso;

- i) Centri diurni;
- j) Trasporto;
- k) “Piani Personalizzati L.162/98”, “interventi immediati”, “Ritornare a casa”, e simili.

Art.5

Procedure per l’attivazione del Servizio

1. Relativamente al bisogno socio – assistenziale dell’Utenza, si prevedono le seguenti attività essenziali:
 - a) acquisizione della richiesta da parte dell’Ufficio del Servizio Sociale Professionale, tramite la compilazione dell’apposito modulo, integrata con la documentazione sanitaria e reddituale;
 - b) verifica da parte del Servizio Sociale Professionale del bisogno assistenziale dell’Utenza, attraverso una visita domiciliare, e dell’eventuale nucleo familiare con successiva predisposizione del Progetto Personalizzato
 - c) comunicazione via mail, da parte del Servizio Sociale Professionale all’Ente appaltatore, tramite apposito modulo, del Progetto Personalizzato;
 - d) attivazione del Servizio da parte dell’Ente appaltatore entro 15 giorni dalla comunicazione da parte del Servizio Sociale Professionale, salvo nei casi di urgenza, espressamente segnalati dal Servizio medesimo, in cui l’Ente appaltatore è tenuto, invece, ad attivare il Servizio immediatamente.

2. È compito del Servizio Sociale Professionale verificare le modalità, i tempi, il corretto perseguimento degli obiettivi e l’adeguatezza del tipo di prestazioni erogate in relazione al progetto personalizzato.

Art.6

Documentazione

1. I soggetti che intendono fruire del Servizio di Assistenza Domiciliare, o i loro familiari, devono presentare richiesta al Comune di residenza.
2. La richiesta, redatta su apposito modello – allegato al presente regolamento - deve essere corredata dalla seguente documentazione:
 - a) fotocopia della carta d’identità beneficiario;
 - b) certificato medico attestante lo stato di salute e di non autosufficienza;
 - c) eventuale verbale d’invalidità o di handicap grave ai sensi della L.104/1992;
 - d) altre certificazioni sanitarie utili per la valutazione del caso;
 - e) ISEE del nucleo familiare con gli ultimi redditi disponibili;
 - f) dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà ai sensi del D. P. R 445/2000 sui redditi esenti
 - g) IRPEF percepiti dalla persona beneficiaria del Servizio (All. A);

h) un'Attestazione con la quale la persona, o un suo referente, si assume l'onere della corresponsione all'Amministrazione Comunale della percentuale di contribuzione relativa al Servizio erogato (All.B);

i) schema di accordo con il soggetto interessato (All.C).

3. L'istanza è valutata dal Servizio Sociale Professionale, rilevando la presenza o meno di una rete di sostegno parentale e/o amicale, la condizione abitativa ed economica, il livello di non autosufficienza.

4. Il Servizio di Assistenza Domiciliare è attivato dal Servizio Sociale Professionale, che ne dà comunicazione ufficiale all'interessato unitamente all'eventuale compartecipazione economica, all'Ente Gestore e alla ditta aggiudicataria.

Art. 7

Organizzazione e funzionamento SAD

1. Le prestazioni di Assistenza Domiciliare saranno assicurate da personale appositamente qualificato, quale:

a) Operatori Socio Sanitari (OSS);

b) Tutto il personale è tenuto a partecipare agli incontri disposti dal Servizio Sociale Professionale secondo le esigenze del Servizio, per la programmazione e verifica del lavoro svolto;

c) Gli operatori che espletano il Servizio di cui trattasi sono obbligati a rispettare scrupolosamente la riservatezza su tutto ciò di cui vengono a conoscenza in ragione del loro incarico, nel pieno rispetto della dignità e dell'autodeterminazione dell'utente;

d) Analogamente gli operatori sono tenuti a mantenere, durante il Servizio, un comportamento corretto che in nessun caso sia di pregiudizio all'Ente e agli utenti;

e) Gli operatori sono tenuti a segnalare qualsiasi situazione, fatto o informazione pregiudizievole per quest'ultimo;

f) E' fatto assoluto divieto agli operatori di richiedere compensi agli assistiti per le prestazioni effettuate in nome e per conto del Comune e comprese negli orari di lavoro con lo stesso concordati;

g) Al fine di garantire la continuità del piano di intervento individualizzato, le prestazioni di Assistenza domiciliare dovranno essere possibilmente assicurate evitando il turn over;

h) Nei casi gravi e su comprovata motivazione, è previsto l'allontanamento e la sostituzione degli operatori che arrechino disservizio e /o sono considerati non idonei all'esecuzione del Servizio di Assistenza Domiciliare;

i) Gli operatori dovranno attenersi alle tipologie di prestazioni fissate dal Servizio Sociale Professionale nel piano d'intervento individualizzato, senza apportare né riduzioni, né maggiorazioni dell'orario stabilito, a eccezione di situazioni imprevedibili e urgenti, delle quali dovranno immediatamente avvertire il Servizio Sociale Professionale.

Art. 8

Compartecipazione dell'utente

1. Il richiedente ammesso alle prestazioni assistenziali partecipa ai costi di gestione del Servizio mediante la corresponsione di una quota oraria.
2. Le fasce di reddito e le corrispondenti quote orarie di contribuzione e la fascia di esenzione sono stabilite annualmente con provvedimento deliberativo della Giunta Comunale. Il Servizio Sociale Professionale provvede con cadenza bimensile a richiedere ai fruitori del Servizio il pagamento delle quote di compartecipazione, che devono essere versate alla Tesoreria del Comune di residenza.

ART. 9

Determinazione compartecipazione al costo del Servizio

1. Ai fini della determinazione delle quote di contribuzione si considera il reddito del richiedente, e se con il richiedente convivono altre persone, concorrono alla determinazione delle quote di contribuzione i redditi di tutti i componenti il nucleo familiare.
2. Il richiedente dovrà produrre annualmente entro il mese di **FEBBRAIO** la situazione reddituale.
3. Acquisita l'Attestazione ISEE da parte dell'interessato, il Comune dovrà sommare al reddito ISE riportato nell'Attestazione rilasciata dal CAF gli eventuali redditi esenti IRPEF dichiarati separatamente nel modulo di dichiarazione sostitutiva (All. A) e dividere l'importo ottenuto per il valore della scala di equivalenza indicato nell'Attestazione.
4. Tutte le dichiarazioni riguardanti le situazioni economiche sono espresse con dichiarazioni sostitutive di certificazione prodotte ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e come tali, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, verranno applicate le sanzioni previste dal Capo VI del succitato DPR. Sempre a norma del DPR 445/2000 le Amministrazioni Comunali sono tenute a effettuare idonei controlli, anche a campione, e, in tutti i casi in cui sorgano fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni presentate, a mettere in atto le misure ritenute necessarie per il recupero delle somme dovute.

ART 10

Tabella di contribuzione dell'utente al costo del Servizio

FASCIA	VALORE ISEE INTEGRATO	QUOTA % DI PARTECIPAZIONE DELL'UTENTE
I	< 5.317,65	Esente

II	5.317,65 – 7.000,00	Fino al 15%
III	7.001,00 – 10.000,00	Fino al 30%
IV	10.001,00 – 15.000,00	Fino al 50%
V	15.001,00 – 20.000,00	Fino al 70%
VI	> 20.000,00	100%

FASCIA	DURATA SETTIMANALE DEL SERVIZIO	QUOTA % DI PARTECIPAZIONE DELL'UTENTE	FASCIA	DURATA SETTIMANALE DEL SERVIZIO	QUOTA % DI PARTECIPAZIONE DELL'UTENTE
I		Esente	V	Fino a 6 h di Servizio sett.	70%
II	Fino a 6 h di Servizio sett.	15%		Da 7 h a 12 h di serv. Sett.	65%
	Da 7 h a 12 h di serv. Sett.	10%		Oltre 12 h di Servizio sett.	60%

	Oltre 12 h di Servizio sett.	5%		Fino a 6 h di Servizio sett.	100%
III	Fino a 6 h di Servizio sett.	30%	VI	Da 7 h a 12 h di serv. Sett.	100%
	Da 7 h a 12 h di serv. Sett.	25%		Oltre 12 h di Servizio sett.	100%
	Oltre 12 h di Servizio sett.	20%			
IV	Fino a 6 h di Servizio sett.	50%			
	Da 7 h a 12 h di serv. Sett.	45%			
	Oltre 12 h di Servizio sett.	40%			

1. Tutti i pagamenti di quanto dovuto devono avvenire entro i 30 giorni successivi dalla comunicazione, attraverso sistema PAGOPA attivo sul nostro portale istituzionale.
2. Il mancato rispetto dei termini di pagamento costituisce per l'utente motivo sufficiente per la sospensione dell'erogazione della prestazione e per l'avvio della procedura di recupero di quanto dovuto, fatta eccezione per casi in emergenza temporanea che saranno valutati singolarmente.
3. Le procedure di recupero vengono messe in atto anche nei casi di accertamento della non veridicità della situazione economica dichiarata e/o per modifica della stessa.

Art. 11

Assenza di consenso dell'utente

1. Nel caso vi sia rifiuto da parte dell'utente degli interventi proposti, onde non mettere in atto interventi coercitivi della volontà della persona, si procederà a una rimodulazione del Progetto Personalizzato, al fine di raggiungere gli obiettivi di presa in carico e cura.
2. Qualora dovesse persistere il rifiuto da parte dell'utente, il Servizio Sociale Professionale non attiverà il Servizio.
3. Nelle situazioni di grave e avanzata demenza (adeguatamente documentata e sottoscritta dal medico curante e/o con certificazione specialistica), nelle quali l'utente non sia assolutamente in grado di esprimere consenso e solo nel caso in cui le prestazioni assumano valenza irrinunciabile per la salute (es. igiene, mobilizzazione, prevenzione piaghe), le stesse verranno effettuate soltanto per lo stretto necessario. In queste situazioni, qualora non siano stati nominati l'Amministratore di sostegno o il Tutore da parte del Tribunale competente, il Servizio Sociale Professionale si adopererà per la richiesta di nomina di tali figure, coinvolgendo i parenti dell'utente o, in caso di loro assenza, provvedendo autonomamente.

Art. 12

Sospensione/Interruzione del Servizio

1) Il Servizio può essere sospeso temporaneamente, su motivata richiesta presentata al Servizio Sociale Professionale dall'Utenza, dal proprio rappresentante legale ovvero da un proprio familiare, specificandone il periodo. Cinque giorni prima dello scadere del periodo di sospensione, l'Utenza, ovvero il proprio rappresentante legale ovvero un familiare, è tenuta a comunicare le relative intenzioni (ripresa del Servizio o rinuncia definitiva).

A) Eventuali assenze dovute a ricoveri temporanei non provocano l' interruzione definitiva del Servizio (in luogo dell'Utenza assente potranno tuttavia essere effettuate prese in carico a tempo determinato). Il Servizio è riattivato, previa comunicazione anticipata, entro 48 ore dal rientro a domicilio;

B) Assenze per soggiorni climatici o trasferimenti presso altri familiari o diversi domicilia, non comportano l' interruzione definitiva del Servizio se l'assenza non supera i 30 giorni;

C) Per assenze superiori, non può essere mantenuto il posto, pertanto si procederà all'interruzione definitiva del Servizio e poi all'eventuale successiva nuova valutazione di presa in carico.

2) Il Servizio può cessare o essere ridotto nei seguenti casi:

a) richiesta scritta e motivata dell'Utenza, del proprio rappresentante legale ovvero di un familiare;

b) decesso o ricovero prolungato in strutture, qualora i familiari dell'Utenza non necessitino ulteriormente del Servizio;

- c) perdita dei requisiti di ammissione;
- d) comportamenti inadeguati e/o gravemente scorretti, reiterati, nei confronti del personale (molestie, aggressioni anche verbali, minacce);
- e) assenza dell'Utenza, senza aver fornito debito preavviso, dal domicilio per più di tre volte nell'orario in cui deve essere effettuata la prestazione;
- f) assenza dell'Utenza per più di 30 giorni, con l'esclusione dei ricoveri ospedalieri, salvo situazioni particolari valutate dal Servizio Sociale Professionale.

Art. 13

Verifiche

1. Il Servizio Sociale Professionale verifica l'evoluzione del caso a cadenza regolare, a seconda delle condizioni iniziali dell'utente e della durata prevista per il piano d'intervento.
2. Possono essere attuate verifiche anche in caso di segnalazione da parte dell'operatore che segue il caso o dei familiari o referenti dell'utente.
3. Le verifiche avranno lo scopo:
 - a) di valutare l'opportunità di proseguire il Servizio;
 - b) di valutare possibili modificazioni da condividere con l'utente, apportando le correzioni necessarie al piano d'intervento, da sottoscrivere nella nuova stesura;
 - c) di verificare la sussistenza di tutte le condizioni esistenti al momento dell'ammissione.
 - d) di richiedere ogni anno (entro il FEBBRAIO) l'Attestazione ISEE e i redditi esenti da IRPEF percepiti dalla persona beneficiaria del Servizio (All. A) ai fini dell'aggiornamento delle quote di contribuzione.

Art. 14

Doveri dell'OSS

1. L'OSS ha il dovere di:
 - a) compilare con cura i fogli di presenza;
 - b) non apportare modifiche all'orario di lavoro, se non dopo averne discusso con il Servizio Sociale Professionale;
 - c) mantenere il segreto sulle informazioni relative agli utenti di cui viene a conoscenza nello svolgimento del suo ruolo professionale;
 - d) mantenere sempre un comportamento corretto durante l'orario di Servizio;
 - e) partecipare alle riunioni periodiche di Servizio;
 - f) segnalare al Servizio Sociale Professionale qualsiasi evento significativo che modifichi l'andamento del Servizio o rechi pregiudizi all'utente;

Art. 15

Doveri del destinatario

1. Il destinatario del Servizio deve:
 - a) controfirmare i fogli di presenza;
 - b) accettare, controfirmandolo, il piano d'intervento predisposto dal Servizio Sociale Professionale;
 - c) avvertire il Servizio Sociale Professionale in caso di temporanee assenze dal suo domicilio durante l'orario di Servizio;
 - d) mantenere, nei confronti del personale operante, un comportamento improntato al rispetto;
 - e) versare la quota di contribuzione su conto corrente postale entro i 30 giorni successivi dalla comunicazione, tramite bollettino di c/c Postale.
 - f) segnalare al Servizio Sociale Professionale qualsiasi carenza nel Servizio in relazione al piano d'intervento concordato;
 - g) Produrre annualmente (entro il mese di FEBBRAIO) al Servizio Sociale Professionale la situazione reddituale. Nello specifico l'ISEE del nucleo familiare convivente e la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi del D. P. R 445/2000 sui redditi esenti IRPEF percepiti dalla persona beneficiaria del Servizio (All. A) ai fini dell'aggiornamento delle quote di contribuzione.
2. L'utente non deve nulla al Servizio ed all'Assistente domiciliare, se non quanto previsto dalla quota di contribuzione.
3. In caso di gravi problemi nei rapporti con l'operatore, può essere inoltrata richiesta scritta di sostituzione dello stesso al Servizio Sociale Professionale. La richiesta sarà valutata dal Responsabile del Servizio Sociale di concerto con il Coordinatore e con l'Assistente domiciliare referente.

Art. 16

Compiti del Servizio Sociale Professionale

1. I compiti del servizio Sociale Professionale sono definiti come segue:
 - a) Coordinamento interno tecnico e amministrativo del Servizio;
 - b) Supervisione degli interventi;
 - c) Attività di valutazione e verifica in itinere da effettuarsi con le metodologie e gli strumenti propri della professione;
 - d) Per ogni singolo caso, stesura del piano d'intervento individualizzato, condiviso con l'utente o con i suoi familiari;

- e) Organizzazione di incontri periodici di programmazione, verifica e aggiornamento con l'OSS referente;
- f) Organizzazione degli incontri di programmazione, verifica e aggiornamento con gli operatori.

Art. 17

Modalità di erogazione del Servizio

1. Il Servizio sarà erogato a seguito della presentazione della domanda, dell'indagine conoscitiva e della stesura del piano personalizzato, secondo la seguente modalità:
 - a) Erogazione su sei giorni (dal lunedì al sabato);
 - b) Erogazione nei giorni festivi solo in casi di comprovata necessità;
 - c) Orario di erogazione: dalle ore 6.00 alle ore 22.00; solo in particolari situazioni, l'orario potrà essere esteso;
 - d) Non è previsto orario notturno;
 - e) Numero massimo di ore giornaliere: 2. Solo nei casi più gravi, ove non esistano parenti e previa valutazione dei rischi sociali, potrà essere erogata un'ulteriore ora e solo per brevi periodi.

Art.18

Ruolo del Volontariato

1. L'impiego di operatori volontari viene riconosciuto e stimolato.
2. L'eventuale utilizzo di personale volontario dovrà essere comunicato e avallato dal Servizio Sociale Professionale.
3. Le prestazioni del volontariato sono in ogni caso aggiuntive e ulteriori rispetto a quelle contrattualmente previste.
4. L'utilizzo dei volontari deve essere considerato non sostitutivo, ma integrativo dei parametri di impiego degli operatori e le loro prestazioni non potranno concorrere alla determinazione dei costi del Servizio.

Art.19

Disposizioni finali entrata in vigore

1. Il presente regolamento sostituisce a tutti gli effetti le precedenti disposizioni regolamentari vigenti presso l'Ente afferenti al servizio di Assistenza Domiciliare (SAD).
2. I modelli di istanza allegati al presente regolamento hanno mera funzione indicativa e di orientamento, per cui possono essere modificati dal Responsabile del Servizio Sociale, senza necessità di apportare modifiche al presente regolamento.

3. Il regolamento entra in vigore decorsi quindici giorni consecutivi dalla pubblicazione all'albo pretorio on line dell'Ente. Lo stesso deve essere pubblicato nella sezione amministrazione trasparente e portato a conoscenza degli utenti interessati dal servizio.

Schemi di istanza e modulistica

Prot. n. del _____

Al Sindaco
Alla Responsabile dell'Area Socio Culturale
Comune di Pabillonis

Oggetto: richiesta del Servizio di Assistenza domiciliare (SAD).

IL/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il _____ residente _____ in Via _____

Domicilio _____ in via _____

In qualità di _____

Chiede di poter usufruire del Servizio di assistenza domiciliare

Per sé

Per (cognome e nome) _____ nato/a a _____

Il _____ residente _____ in Via _____

Domicilio _____ in via _____

Tel. Richiedente _____ tel.

Beneficiario _____

Sotto forma di:

(barrare una o più caselle)

- Igiene personale
- Preparazione pasti domicilio
- Somministrazione pasti
- Igiene /riordino ambiente
- Prestazioni sanitarie elementari
- Accompagnamenti
- Disbrigo commissioni e pratiche

- Socializzazione/tempo libero

Indicare i giorni della settimana e le ore giornaliere e/o settimanali per ogni tipo di prestazione richiesta

Motivazione della richiesta:

- Vive solo/a
 Non autosufficiente
 altro

Situazione sanitaria:

Medico di base

tel: _____

**Allo scopo, sotto la propria disponibilità,
dichiara:**

- a) che il proprio nucleo familiare è composto da (indicare tutti i conviventi nella stessa abitazione, anche se appartenenti a stati di famiglia separati)**

N.	Cognome e Nome	Data di nascita	Luogo	Relazione parentale

--	--	--	--	--

b) situazione abitativa di proprietà **si** **no**
canone d'affitto € _____ mensili

c) situazione reddituale nucleo familiare: ISEE nucleo familiare convivente: € _____

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art.75 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

Il sottoscritto, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 (codice di protezione dei dati personali), dichiara di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati dall'Amministrazione per l'emanazione del provvedimento amministrativo.

Si allega:

- fotocopia della carta d'identità del beneficiario;
- certificato medico attestante lo stato di salute e di non autosufficienza;
- Eventuale verbale d'invalidità o di handicap grave ai sensi della L.104/1992;
- Altre certificazioni sanitarie utili per la valutazione del caso;
- ISEE del nucleo familiare con gli ultimi redditi disponibili;
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi del D. P. R 445/2000 sui redditi esenti IRPEF percepiti dalla persona beneficiaria del Servizio (All. A);
- un'Attestazione con la quale la persona, o un suo referente, si assume l'onere della corresponsione all'Amministrazione Comunale della percentuale di contribuzione relativa al Servizio erogato (All.B)
- schema di accordo con il soggetto interessato(All.C)
- Decreto nomina Amministratore di sostegno.

Luogo e data

Il richiedente

Allegato A

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

(cognome) (nome)

Nato/a a _____ (_____) il _____

(luogo) (prov.)

Residente a _____ (_____) in via _____

(luogo) (prov.) (indirizzo)

Codice Fiscale: _____

In qualità di destinatario del Servizio o incaricato della tutela titolare della patria potestà Amministratore di sostegno familiare di riferimento della persona destinataria del Servizio:

Cognome _____ Nome _____ Cod. Fisc. _____

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

per i casi dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

- che la persona destinataria del Servizio ha percepito nell'anno _____ i seguenti emolumenti:

1-Pensione Invalidità civile Importo annuale € _____

2-Indennità di frequenza Importo annuale € _____

3-Indennità di accompagnamento Importo annuale € _____

4-Assegno sociale Importo annuale € _____

5-Pensioni o indennità INAIL Importo annuale € _____

6-Indennità o pensione per causa di guerra o Servizio Importo annuale € _____

7-Assegni mensili continuativi erogati dalla Regione per particolari categorie di cittadini:

- L.R. n. 27/83 – Provvidenze a favore dei talassemici,
degli emofilici e degli emolinfopatici maligni Importo annuale € _____

- L.R. n. 11/85 – Provvidenze a favore dei nefropatici Importo annuale € _____

- L.R. n. 20/97 – Provvidenze a favore di persone affette da
patologie psichiatriche Importo annuale € _____

- L.R. n. 9/2004 – Provvidenze a favore di persone affette da
neoplasie maligne Importo annuale € _____

8-Altri contributi da Comuni e Aziende ASL Importo annuale € _____

9- Altro (specificare) _____ Importo annuale € _____

_____ Importo annuale € _____
_____ Importo annuale € _____
_____ Importo annuale € _____

Dichiaro di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96, i dati personali da me forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo e data)

Il destinatario del Servizio o l'incaricato della tutela
o titolare della patria potestà o Amministratore di sostegno o familiare di riferimento

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Allegato B

ATTESTAZIONE

Con la presente,

l sottoscritt_ _____ nat_ a _____ il
_____, residente a _____ in via _____, in qualità di
_____, si assume formalmente l'onere di corrispondere all'Amministrazione
Comunale la quota di contribuzione mensile relativa al Servizio di Assistenza Domiciliare.

Distinti saluti

Ai sensi del Regolamento UE GDPR 679/2016 e del D. Lgs. 196/2003, si autorizza l'Amministrazione
Comunale all'utilizzo dei dati relativi all'Attestazione

Allegato C

SCHEMA DI ACCORDO CON IL SOGGETTO INTERESSATO

Il presente accordo viene stipulato al momento di inizio del programma di intervento del Servizio di Assistenza Domiciliare al fine di stabilire la tipologia degli interventi da effettuare, i tempi e il pagamento degli stessi.

COGNOME E NOME: _____

LUOGO E DATA DI NASCITA: _____

INDIRIZZO: _____

N° DI TELEFONO: _____

FAMILIARE DI RIFERIMENTO (indirizzo e n° di telefono): _____

TIPO DI SERVIZIO RICHIESTO: _____

ESITO VALUTAZIONE EFFETTUATA DAL COORDINATORE DEL SERVIZIO _____

TIPO DI INTERVENTO PROPOSTO (tipologia di aiuto, tempi e giorni): _____

ASSISTENTE DOMICILIARE DI RIFERIMENTO: _____

COSTO ORARIO A CARICO DEL CITTADINO: _____

Data _____

Ai sensi del Regolamento UE GDPR 679/2016 e del D. Lgs. 196/2003, si autorizza l'Amministrazione Comunale all'utilizzo dei dati contenuti nell'accordo.

Per il Comune
Coordinatore del Servizio
Assistente sociale

Per la famiglia
Il destinatario o familiare
di riferimento
