



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5/6

Comune capofila: Carpineto Romano

CONVENZIONE TRA I COMUNI DI ARTENA, CARPINETO ROMANO, COLLEFERRO,
GAVIGNANO, GORGA, LABICO, MONTELANICO, SEGNI, VALMONTONE PER LA
GESTIONE VALMONTONE PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL SISTEMA
INTEGRATO DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI_ LEGGE n. 328/2000

REGOLAMENTO SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE

DIRETTA/INDIRETTA

INDICE

Regolamento Servizi di Assistenza Domiciliare

Parte generale

ART. 1 - Definizione	pag. 3
ART. 2 - Finalità	pag. 3
ART. 3 - Destinatari	pag. 3
ART. 4 - Prestazioni	pag. 3
ART. 5 - Modalità di accesso al Servizio	pag. 4
ART. 6 - Compatibilità, cumulatività, riconoscimento e recupero del Servizio	pag. 4
ART. 7 - Cessazione, sospensione e riduzione del Servizio	pag. 5
ART. 8 - Comunicazioni relative al Servizio	pag. 6
ART. 9 - Accettazione del Servizio o Assegno/contributo di cura	pag. 6
ART. 10 - Durata delle prestazioni	pag. 6
ART. 11 - Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali	pag. 6
ART. 12 - Integrazione socio-sanitaria - coordinamento delle risorse	pag. 7
ART. 13 - Enti coinvolti	pag. 7
ART. 14 - Rapporti tra il personale ed i destinatari del Servizio	pag. 7
ART. 15 - Diritti e doveri dell'utenza	pag. 7
ART. 16 - Ricorsi	pag. 7
ART. 17 - Norme transitorie	pag. 7

Regolamento Servizio Assistenza Domiciliare per persone anziane, disabili e pazienti con malattie croniche

ART. 18 - Definizione	pag. 8
ART. 19 - Destinatari	pag. 8
ART. 20 - Prestazioni socio-sanitarie	pag. 8
ART. 21 - Valutazione domande di ammissione	pag. 9
ART. 22 - Attivazione del Servizio	pag. 9
ART. 23 - Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)	pag. 10
ART. 24 - Verifiche dei programmi socio-sanitari	pag. 10
ART. 25 - Concorso degli utenti al costo del Servizio	pag. 11
ART. 26 - Responsabile del caso e sue funzioni	pag. 11
ART. 27 - Unità Valutativa Multidimensionale	pag. 12
ART. 28 - Supervisione del Servizio	pag. 12

Regolamento Servizio Assistenza Educativo-Domiciliare per minori

ART. 29 - Definizione	pag. 13
ART. 30 - Destinatari	pag. 13
ART. 31 - Prestazioni socio-sanitarie	pag. 13
ART. 32 - Valutazione domande di ammissione	pag. 13
ART. 33 - Attivazione del Servizio	pag. 13
ART. 34 - Unità Operativa	pag. 14
ART. 35 - Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)	pag. 15
ART. 36 - Verifiche dei programmi socio-sanitari	pag. 15
ART. 37 - Concorso degli utenti al costo del Servizio	pag. 15
ART. 38 - Responsabile del caso e sue funzioni	pag. 16
ART. 39 - Supervisione del Servizio	pag. 17

Regolamento Servizio Integrato Disabili Gravi - L.R. n. 20/2006

ART. 40 - Definizione	pag. 18
ART. 41 - Destinatari	pag. 18
ART. 42 - Prestazioni ed Interventi	pag. 18
ART. 43 - Valutazione domande di ammissione	pag. 19
ART. 44 - Attivazione del Servizio	pag. 19
ART. 45 - Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)	pag. 19
ART. 46 - Verifiche dei programmi socio-sanitari	pag. 20
ART. 47 - Concorso degli utenti al costo del Servizio	pag. 20
ART. 48 - Responsabile del caso e sue funzioni	pag. 20
ART. 49 - Supervisione del Servizio	pag. 21

REGOLAMENTO SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Art. 1

Definizione

Il Servizio di Assistenza Domiciliare (di seguito SAD) è l'insieme delle prestazioni sociali rese a domicilio finalizzata a favorire la permanenza delle persone in condizioni di necessità nel proprio ambiente elevando la qualità della vita delle stesse e dei membri della famiglia, evitando fenomeni di isolamento e di emarginazione sociale e prevenendo in tal modo, il ricorso a forme di istituzionalizzazione e favorendo altresì i processi di de-istituzionalizzazione.

Art. 2

Finalità

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.

Il Servizio di Assistenza Domiciliare 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 normale continuazione della propria vita familiare;
- favorisce l'inserimento e la partecipazione alla vita comunitaria, contribuendo a rompere ogni forma di isolamento sociale;
- evita ricoveri in istituti o in ospedale, qualora non siano strettamente indispensabili;
- promuove l'autonomia delle famiglie a rischio di emarginazione e/o in situazioni problematiche;
- 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 dei Comuni del Distretto Socio-Sanitario RM 5/6, che si trovano in condizioni di parziale o totale non autosufficienza, nonché famiglie con componenti a rischio di emarginazione, con particolare riguardo a soggetti in età evolutiva e giovanile ed è rivolta prevalentemente alle seguenti tre aree d'intervento:

- a) area dell'invecchiamento;
- b) area della disabilità e del disagio psichico;
- c) area dell'età evolutiva e giovanile.

Art. 4

Prestazioni

Il Servizio di Assistenza Domiciliare comprende prestazioni di tipo socio-assistenziale che si differenziano in base alle singole tipologie di persone destinatarie del Servizio, attraverso l'elaborazione e l'attuazione di un Piano personalizzato di assistenza,

diversificato secondo i bisogni dei beneficiari e gli obiettivi da raggiungere. Tali prestazioni consistono prevalentemente:

- in attività di aiuto alla persona nello svolgimento delle normali attività quotidiane, di cura della persona e dell'ambiente domestico;
- attività di supporto, in stretto rapporto con la rete familiare e amicale, per favorire lo sviluppo e il sostegno all'autonomia personale e sociale;
- accompagnamento al di fuori dell'ambiente domestico per mantenere e sviluppare anche con il coinvolgimento della rete dei servizi del territorio, capacità relazionali in contesti di tipo ricreativo-culturale;
- supporto alla tutela dei diritti connessi alla condizione personale di bisogno; nell'espletamento delle incombenze relative alle ordinarie esigenze pratico-gestionali.

Art. 5

Modalità di accesso al Servizio

L'accesso al Servizio di Assistenza Domiciliare avviene su domanda dell'interessato, dei suoi familiari o da soggetti giuridicamente incaricati o da soggetti giuridicamente preposti alla tutela della persona destinataria del Servizio. La domanda deve essere presentata su apposito modulo, al Comune di residenza. La domanda per l'ammissione al SAD, inoltre, può essere presentata d'ufficio dal Comune, da parte del Servizio Sociale, relativamente ai casi che necessitano di assistenza nonché quelli segnalati da altri servizi sanitari e/o socio-sanitari in caso di particolare bisogno sociale.

Ogni domanda, per essere considerata valida, dovrà comunque essere sottoscritta dall'interessato o da chi richiede il Servizio.

Alla domanda dovrà essere allegato eventuale certificato medico e la situazione reddituale in base al calcolo I.S.E.E. secondo l'ultima dichiarazione dei redditi, in corso di validità ed ogni altro documento che attesti informazioni utili richiesti dal Servizio Sociale del Comune di residenza. Tale ISEE dovrà essere aggiornato annualmente pena la sospensione dal Servizio e conseguente esclusione se non presentato entro tre mesi dalla richiesta.

Nella domanda deve essere altresì dichiarato ogni altro elemento certificato utile ad individuare l'effettiva situazione economica del richiedente e del suo nucleo familiare, con particolare riguardo allo stato di non autosufficienza o inabilità di cui al precedente Art. 3. La domanda del richiedente e la dichiarazione I.S.E.E. contengono l'esplicitazione del fatto che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite e le responsabilità penali in caso di falsa dichiarazione.

L'acquisizione ed il trattamento dei dati personali relativi alle dichiarazioni I.S.E.E. avviene nel rispetto delle disposizioni di cui al D. Lgs. n. 196/2003.

Nella domanda deve essere altresì dichiarato ogni altro elemento certificato utile ad individuare l'effettiva situazione economica del richiedente e del suo nucleo familiare, con particolare riguardo allo stato di non autosufficienza o inabilità di cui al precedente Art. 3.

Art. 6

Compatibilità, cumulatività, riconoscimento e recupero del Servizio

I Servizi di cui al presente regolamento:

1) **sono compatibili** con la fruizione di altri servizi ed interventi del complessivo sistema di offerta, quali:

- interventi di assistenza domiciliare integrata, componente sanitaria;
- interventi riabilitativi a carattere ambulatoriale e/o domiciliare;
- ricoveri ospedalieri/riabilitativi per un periodo non superiore ai 15 giorni, decorso il quale il contributo verrà sospeso;

- ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie ed altre azioni di sollievo, complementari al percorso di assistenza domiciliare definito nel PAI.

2) **non sono cumulabili** con altri servizi di assistenza domiciliare, componente sociale, erogata con altri interventi di assistenza a domicilio già attivi in favore del cittadino e coperti da risorse regionali, se non in termini di possibile implementazione delle ore di copertura assistenziali necessarie a seguito di rivisitazione del PAI a tutela della persona, su espressa autorizzazione del Coordinatore dell'Ufficio di Piano.

3) **non vengono attivati** o, se già attivi, **vengono interrotti** nei casi seguenti:

- ricoveri di sollievo il cui costo sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea presso strutture sanitarie, socio-sanitarie o sociali;
- trasferimento della residenza della persona beneficiaria in altro Distretto.

Nel caso in cui l'utente di uno dei Servizi di cui al presente regolamento non riesca ad usufruire delle ore di servizio ad esso assegnate, per motivi non imputabili al soggetto gestore o attuatore, tali ore non possono essere recuperate.

Art. 7

Cessazione, sospensione e riduzione del servizio

Il Servizio di Assistenza Domiciliare può cessare in caso di:

- richiesta scritta dell'utente;
- cambio di residenza da parte dell'utente in un Comune non facente parte del Distretto Socio-Sanitario RM 5/6;
- decesso;
- modifica dello stato di bisogno, miglioramento dello stato di salute per le persone con disabilità temporanea e comunque su valutazione del Servizio Sociale Comunale.
- mancata presentazione della dichiarazione ISEE, trascorsi tre mesi dalla sospensione per tale motivo.

In ogni caso l'intervento di assistenza domiciliare può essere ampliato o ridotto nel numero e/o nel tipo di prestazioni o nel numero di ore, in relazione alle variazioni delle necessità dell'utente ed in relazione al mutato contesto familiare e socio-ambientale di riferimento e/o alla disponibilità di ore di servizio.

Le eventuali modifiche possono essere apportate solamente previa modifica del Piano Assistenziale Individualizzato e sono quindi di competenza del Servizio Sociale Comunale, sentiti i Servizi che seguono l'utente, se del caso nell'ambito dell'Unità Valutativa Multidimensionale;

Il Servizio di Assistenza Domiciliare può essere sospeso in caso di:

- temporaneo ricovero dell'utente in idonee strutture o in ospedale;
- temporanea assenza dell'utente dal proprio domicilio per vacanze, soggiorni ricreativi o altro;
- assenza dell'utente per più di un mese dalla propria abitazione;
- mancato pagamento della quota di compartecipazione al servizio eventualmente dovuta;
- mancata presentazione dell'aggiornamento della dichiarazione ISEE.

Il Servizio di Assistenza Domiciliare può essere ridotto in caso di:

- recupero di una maggiore autonomia e indipendenza da parte dell'utente;
- eventuale maggiore presenza di familiari presso il domicilio dell'utente.

In caso di modifica o sospensione, il Servizio Sociale di competenza condivide le scelte con la famiglia e comunica la modifica o la sospensione del Piano Assistenziale Individualizzato, sentiti i Servizi che seguono l'utente.

Nel momento in cui il caso deve essere concluso è sempre il Servizio Sociale di competenza, insieme al Coordinatore del Servizio, che comunicherà la cessazione dell'erogazione delle prestazioni alla famiglia.

Art. 8

Comunicazioni relative al Servizio

Tutte le attivazioni, sospensioni, riattivazioni o cessazioni dal Servizio debbono essere tempestivamente comunicate all'utente interessato dal Servizio Sociale di residenza.

Tale Servizio deve altresì comunicare al soggetto erogatore la sospensione, riattivazione e cessazione dal Servizio da parte dell'utente e ogni altra informazione utile a favorire l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni e degli interventi attivati.

Art. 9

Accettazione del Servizio o Assegno/Contributo di cura

Nel momento in cui viene comunicato all'utente l'attivazione del Servizio o l'assegnazione di contributi/assegni di cura per assistenza indiretta, questi dovrà prontamente accettare tale attivazione/assegnazione o, in caso contrario, rifiutare con comunicazione scritta. La mancata tempestiva accettazione di tali prestazioni comporterà la decadenza dal diritto a riceverli, con seguente scorrimento dell'eventuale graduatoria/lista di attesa.

Art. 10

Durata delle prestazioni

La durata delle prestazioni del Servizio è stabilita dal Piano Assistenziale Individualizzato, in base alla valutazione del caso ed agli obiettivi stabiliti dal Servizio Sociale comunale, se del caso nell'ambito dell'Unità Valutativa Multidimensionale, nel Piano Assistenziale Individualizzato, in ragione delle peculiarità del servizio.

La durata delle prestazioni è suscettibile di modifica anche in caso si verifichi una delle condizioni previste dall'art. 7 del presente Regolamento.

Art. 11

Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali

Il Servizio di Assistenza Domiciliare è inserito nel Sistema Integrato degli interventi e dei Servizi Sociali del Distretto Socio-Sanitario RM 5/6. Il Servizio, tende quindi alla piena integrazione, programmatica ed operativa con gli altri servizi e prestazioni socio-assistenziali e sanitarie erogate nel medesimo Distretto e vede nel Piano Assistenziale Individualizzato, il momento centrale dell'integrazione tra il sociale ed il sanitario.

Il SAD, realizza così una strategia assistenziale trasversale a tutti i servizi, i cui punti di forza consistono nella corretta valutazione del bisogno, nel progetto globale di intervento, nell'informazione e nel rapporto di consulenza tra il servizio, la famiglia ed il contesto sociale in cui è inserito l'utente.

Le prestazioni SAD, in definitiva, sono integrate con le altre prestazioni sanitarie erogate dai competenti servizi della ASL o da strutture con questa convenzionate, nonché da altri interventi offerti dalla rete dei servizi alla popolazione erogati dagli Enti Locali del Distretto e dagli organismi del Terzo Settore che operano sul territorio.

Art. 12

Integrazione socio-sanitaria - coordinamento delle risorse

L'integrazione operativa delle diverse figure professionali e degli operatori coinvolti nei Servizi di Assistenza Domiciliare avviene nell'ambito distrettuale, sulla base di programmi concordati e di progetti condivisi come da Accordo di Programma sottoscritto in data 27 settembre 2016.

Art. 13

Enti coinvolti

Gli Enti Coinvolti nell'erogazione dei Servizi di Assistenza Domiciliare sono tutti i Comuni del Distretto Socio-Sanitario RM 5/6 (Artena, Carpineto Romano, Colleferro, Gavignano, Gorga, Labico, Montelanico, Segni, Valmontone), la ASL RM 5/6, e i soggetti del Terzo Settore eventuali aggiudicatari gestori del servizio.

Art. 14

Rapporti tra il personale ed i destinatari del servizio

I rapporti tra il personale ed i destinatari del servizio devono essere improntati al reciproco rispetto, attraverso un comportamento corretto e dignitoso, in un clima di serenità e di cordiale collaborazione.

Art. 15

Diritti e doveri dell'utenza

L'utente preso in carico, diventando destinatario del servizio, deve attenersi a quanto segue:

1. dare la sua adesione al programma assistenziale definito nel Piano Assistenziale Individualizzato attraverso la firma dello stesso;
2. avvertire il Servizio Sociale in caso di sua assenza temporanea o definitiva dal proprio domicilio, ovvero in caso di rientro per il ripristino del servizio;
3. non chiedere, al personale, prestazioni che non sono previste dal Piano Assistenziale Individualizzato.

L'utente nulla deve al personale impiegato.

Il pagamento della quota di compartecipazione al costo del servizio, ove dovuto, verrà versato nelle modalità indicate negli articoli 25,37 e 47.

Eventuali reclami inerenti al servizio devono essere presentati per iscritto all'Ufficio di Piano del Distretto.

Art. 16

Ricorsi

Qualora la richiesta di assistenza domiciliare non venisse accolta, ovvero sorgessero controversie sulla quota di contribuzione stabilita sia per l'utente, sia eventualmente per i parenti conviventi, è ammesso il ricorso per il tramite dell'Amministrazione Comunale al Servizio Sociale entro 30 giorni dalla comunicazione relativa all'esito della domanda di ammissione al servizio e dell'eventuale contributo da versare.

Art. 17

Norme Transitorie

Con l'entrata in vigore del presente Regolamento il monte ore da erogare nei Comuni, verrà stabilito e approvato annualmente dal Comitato di Coordinamento dell'Accordo di Programma secondo quanto programmato nel progetto operativo del Piano di Zona dell'annualità in corso.

REGOLAMENTO PER IL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE PER ANZIANI, PORTATORI DI HANDICAP E PAZIENTI CON MALATTIE CRONICHE

Art. 18

Definizione

Il Servizio di Assistenza Domiciliare per Anziani è volto al miglioramento della qualità della vita e a favorire il mantenimento della persona anziana in condizioni di fragilità sociale nel proprio ambiente di vita, attraverso lo sviluppo e la conservazione dell'autosufficienza e dell'autonomia, all'accudimento delle persone anziane non autosufficienti e all'interazione con la rete familiare e sociale.

Art. 19

Destinatari

Si individuano, come destinatari degli interventi, gli anziani, i disabili ed i pazienti con malattie croniche che si trovino in condizioni di non autosufficienza parziale o totale, temporanea o permanente e le loro famiglie residenti in uno dei Comuni del Distretto Socio-Sanitario RM 5/6.

In particolare il servizio è rivolto a:

1. Persone sole o in coppia, non autosufficienti o parzialmente autosufficienti.
2. Persone inserite in nuclei familiari con particolari problemi di convivenza, bisognose di assistenza, che versino in particolare stato di necessità.

Art. 20

Prestazioni socio-sanitarie

Sono da considerare prestazioni sanitarie a rilevanza sociale le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale ed alla espressione personale.

Sono da considerare prestazioni sociali a rilevanza sanitaria tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

Prestazioni sanitarie:

1. prestazioni mediche da parte dei medici di medicina generale e prestazioni infermieristiche da parte di personale qualificato;
 2. prestazioni di medicina specialistica da parte degli specialisti dell'Azienda Sanitaria Locale, dipendenti o in convenzione;
 3. prestazioni riabilitative e di recupero psico-fisico, erogate da personale specializzato;
 4. Supporto di tipo psicologico, finalizzato al recupero socio-sanitario;
- Per la parte sanitaria, le prestazioni sono a carico del SSN.

Prestazioni socio-assistenziali:

1. igiene e cura della persona e della abitazione;
2. promozione della socializzazione e dell'autonomia dell'utente;

3. stimolo alla partecipazione a momenti di vita associativa in cui la persona possa sentirsi utile e pienamente coinvolta;
4. preparazione e somministrazione dei pasti;
5. disbrigo di commissioni (acquisti, istruzioni di pratiche, ecc);
6. quanto altro ritenga utile il servizio sociale comunale che prende in carico il caso.

Per la parte sociale, le prestazioni sono gratuite e/o a compartecipazione del costo del servizio in base all'art. 25 del presente Regolamento.

Art. 21

Valutazione delle domande di ammissione

Il Servizio Sociale Comunale del Comune di residenza del richiedente istruisce le domande, compiendo una visita domiciliare presso l'abitazione dell'assistito, valutando la situazione personale, economica e sociosanitaria dello stesso, al fine di determinarne lo stato di bisogno.

Nel caso in cui le condizioni dell'assistito richiedano l'attivazione di una valutazione multidimensionale la domanda viene esaminata dall'Unità Valutativa Multidimensionale (UVM).

Sulla base delle risultanze dell'istruttoria ed in rapporto alle risorse della rete dei servizi alla popolazione anziana e di quelle familiari, amicali e del volontariato, il Servizio Sociale Comunale, se del caso l'UVM, formulano un idoneo Piano Assistenziale Individualizzato (P.A.I.).

Art. 22

Attivazione del Servizio

L'attivazione del Servizio avviene da parte del Comitato Tecnico, a cui partecipa anche il Coordinatore del Soggetto gestore, previa valutazione del caso e il suo inserimento in una delle tre fasce di bisogno (alta, media, bassa intensità assistenziale), come dalla seguente tabella:

FASCIA DI BISOGNO	CRITERI DI DEFINIZIONE	MONTE ORE	RANGE CRITERI
ALTA INTENSITA' ASSISTENZIALE	1. allettato	DA 6 A 12 ORE SECONDO LA PRESENZA DEI RELATIVI CRITERI	Si
	2. certificazione L. n. 104/92 e/o invalidità civile		Certificazione 104/92 e invalidità 100%
	3. composizione nucleo familiare (numero)		1-2 persone
	4. presenza di anziani e o disabili		Si
	5. presenza o meno di badante		h24
	6. ISEE (definire fasce)		fino a € 7.000,00
MEDIA INTENSITA' ASSISTENZIALE	1. difficoltà a deambulare	DA 3 A 6 ORE SECONDO LA PRESENZA DEI RELATIVI CRITERI	si
	2. certificazione L. n. 104/92 e/o invalidità civile		certificazione 104/92 e invalidità civile superiore al 66%
	3. composizione nucleo familiare (numero)		3-5 persone
	4. presenza di anziani e o disabili		si/no
	5. presenza o meno di badante		solo giorno o solo notte
	6. ISEE (definire fasce)		da € 7.000,01 - € 14.000,00
INTENSITA' ASSISTENZIALE	1. cammina autonomamente	DA 1 A 2 ORE SECONDO LA PRESENZA DEI RELATIVI CRITERI	si
	2. certificazione L. n. 104/92 e/o invalidità civile		si/no

3. composizione nucleo familiare (numero)	variabile
4. presenza di anziani e o disabili	variabile
5. presenza o meno di badante	assenza di badante
6. ISEE (definire fasce)	variabile

Il range di ogni singolo criterio serve a quantificare il monte ore settimanale all'interno della fascia di bisogno in cui l'utente viene inserito principalmente in base al criterio n. 1 e in subordine agli altri criteri.

Tale inserimento è effettuato sia tenendo conto del bisogno assistenziale rilevato per il richiedente, sia del monte ore a disposizione.

Le ore di servizio così assegnate sono comunicate dal Servizio Sociale di riferimento all'utente. Tale Servizio, insieme al Coordinatore del Soggetto gestore, attiva le prestazioni previste nel PAI.

In caso di assenza di ore di Servizio da assegnare il richiedente viene inserito in una lista di attesa distrettuale e l'attivazione avrà luogo nel momento in cui si avranno ore disponibili.

L'attivazione del Servizio avviene in sede di Comitato Tecnico e resa esecutiva da Determinazione del responsabile dell'Ufficio di Piano.

L'utente non può posticipare l'attivazione del Servizio per esigenze non connesse all'organizzazione dello stesso.

Solo in caso di dimissioni protette il Servizio può essere attivato direttamente dal Servizio Sociale Comunale, congiuntamente comunicato per iscritto all'Ufficio di Piano e ratificato nella prima riunione utile del Comitato Tecnico.

Art. 23

Piano Assistenziale Individualizzato

La stesura del Piano Assistenziale Individualizzato compete al Servizio Sociale Comunale del Comune di residenza del richiedente, se del caso nell'ambito dell'Unità Valutativa Multidimensionale.

L'operatività viene sospesa in caso di ricovero dello stesso in strutture sanitarie e/o assistenziali o in caso di altre assenze preventivamente e obbligatoriamente comunicate dall'utente al Servizio Sociale Comunale ed in caso di mancato pagamento della quota oraria di compartecipazione dovuta eventualmente dall'utente a seguito di comunicazione scritta da parte del Servizio Sociale di riferimento.

Il Piano Assistenziale Individualizzato è altresì aggiornabile periodicamente da parte del Servizio Sociale Comunale, se del caso nell'ambito dell'Unità Valutativa Multidimensionale, secondo lo stato di bisogno dell'utente e in rapporto alle esigenze organizzative generali del servizio.

Il P.A.I. aggiornato, viene formalmente comunicato all'utente.

Le prestazioni indicate nel Piano vengono individuate per tipologia, frequenze di erogazione e conseguentemente rapportate all'impegno orario degli operatori del Servizio.

Art. 24

Verifiche dei programmi socio-sanitari

Dopo l'attivazione del servizio, avvenuta con la presa in carico dell'utente, sono previste verifiche periodiche trimestrali, finalizzate a valutare l'andamento del Programma del PAI ed apportare eventuali correttivi.

Nelle verifiche periodiche effettuate del Servizio Sociale Comunale, se del caso nell'ambito dell'Unità Valutativa Multidimensionale, saranno coinvolti tutti gli Operatori che seguono il caso.

Art. 25

Concorso degli utenti al costo del servizio

Gli utenti che usufruiranno del servizio di assistenza domiciliare saranno tenuti al pagamento al Comune Capofila di un contributo mensile in base alla situazione economica del nucleo familiare quantificato, tenendo conto delle risultanze dell'I.S.E.E. (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) e secondo la seguente tabella:

FASCIA	REDDITO (I.S.E.E.)	COSTO ORARIO DEL SERVIZIO
A	Fino a € 6.500,00	Esente
B	Da € 6.500,01 a € 12.500,00	(10%)
C	Da € 12.500,01 a € 18.500,00	(35%)
D	Da € 18.500,01 a € 24.500,00	(50%)
E	Da € 24.500,01 in poi	(70%)

L'entità del contributo richiesto sarà comunicato all'utente ad accettazione della richiesta di assistenza domiciliare ed il suo mancato pagamento determina la sospensione dell'erogazione del Servizio.

Art. 26

Responsabile del caso e sue funzioni

Il Responsabile del caso viene individuato nell'Assistente Sociale del Servizio Sociale del comune di residenza dell'utente preso in carico.

Le sue funzioni principali sono le seguenti:

1. esprime parere ai fini dell'ammissione dell'utente al servizio sulla base della documentazione idonea a comprovare le effettive condizioni della persona e/o del nucleo familiare, che giustificano l'ammissione al servizio;
2. ciò di cui al punto 1) viene espresso previa visita domiciliare, strumento di indagine per la verifica della situazione socio-economica e ambientale dell'utente.
Dalle risultanze dell'indagine e da una prima valutazione del caso, l'Assistente Sociale porta lo stesso all'attenzione dell'Unità Valutativa Multidimensionale, se deve essere attivata l'Assistenza Domiciliare Integrata; ovvero procede alla stesura del Piano Assistenziale Individualizzato, se l'intervento previsto è prevalentemente socio-assistenziale, informando il Referente del Soggetto Gestore del Servizio sulle necessità dell'utente da inserire (tale Referente è il Coordinatore del Servizio ed ha il compito di organizzare operativamente il lavoro degli operatori che si recano al domicilio dell'utente);
3. il Responsabile del caso, d'intesa con il Referente del Soggetto Gestore del Servizio, indicano riunioni periodiche del personale per il resoconto del lavoro svolto e per l'aggiornamento del programma d'intervento;
4. effettua visite domiciliari periodiche per la verifica del programma d'intervento;
5. svolge inoltre attività di supervisione sul servizio sia dal punto di vista organizzativo, sia dal punto di vista della programmazione, della verifica e del controllo dello stesso, nonché rispetto al raggiungimento di obiettivi di efficacia ed efficienza;
6. attraverso incontri periodici tiene i rapporti con gli altri servizi territoriali per una reale integrazione degli stessi a livello operativo, condizione indispensabile per "la messa in rete" dei servizi in un sistema integrato di interventi e di servizi sociali.

Il Referente del Soggetto Gestore, Coordinatore del Servizio, d'intesa con l'Assistente Sociale Responsabile del caso, coordina gli interventi degli Assistenti Domiciliari e di altre eventuali figure professionali previste dal Piano Assistenziale Individualizzato, garantendo lo svolgimento e la continuità del servizio.

Accerta il regolare svolgimento del servizio, tiene i registri, gli archivi e la documentazione relativa al servizio (fogli firma degli operatori e così via), programma il servizio anche in relazione alle richieste di ferie e permessi, valutate le esigenze del servizio stesso.

Art. 27

Unità Valutativa Multidimensionale

L'UVM è quella individuata nell'ambito delle competenze della ASL RM 5 - Distretto Sanitario 6 di Colferro.

Nel caso in cui l'intervento è solamente socio-assistenziale il Responsabile del caso assicura all'utente l'erogazione del servizio in modo efficace ed efficiente rispetto agli obiettivi stabiliti nel PAI; nel caso in cui l'intervento è anche a valenza sanitaria si attiva l'Assistenza Domiciliare Integrata d'intesa con la ASL RM 5 Distretto Sanitario 6 di Colferro come da Accordo di Programma sottoscritto in data 27 settembre 2016.

Le prestazioni socio-assistenziali sono erogate dagli Operatori Socio-Sanitari (OSS), Assistenti Domiciliari e dei Servizi Tutelari, nonché da eventuali altri operatori e/o figure professionali ritenuti necessari.

Art. 28

Supervisione del Servizio

La supervisione del Servizio compete al Comitato Tecnico e all'Osservatorio Sociale dell'Ufficio di Piano insieme al Coordinatore del Servizio che si riuniranno con cadenza semestrale. In questa sede verrà valutato il Servizio attraverso il report redatto dall'Osservatorio Sociale quale attività di monitoraggio e valutazione dei servizi del Piano Sociale di Zona.

REGOLAMENTO SERVIZIO ASSISTENZA-EDUCATIVO DOMICILIARE PER MINORI

Art. 29

Definizione

Il Servizio di Assistenza Educativo-Domiciliare per Minori svolge funzioni di supporto educativo-psicologico e di prevenzione del disagio, effettua interventi finalizzati all'acquisizione delle abilità personali e sociali e favorisce la costruzione di un rapporto positivo con i genitori e con il mondo degli adulti, compresa la mediazione nelle relazioni interpersonali.

Art. 30

Destinatari

Si individuano, come destinatari degli interventi, i minori (0/17 anni), minori stranieri e minori disabili inseriti in nuclei che presentano fragilità sociali, minori a rischio e/o sottoposti all'autorità giudiziaria e le loro famiglie residenti in uno dei Comuni del Distretto Socio-Sanitario RM 5/6.

Art. 31

Prestazioni socio-sanitarie

Le prestazioni erogate dal servizio di assistenza Educative domiciliari per Minori, consistono in particolare, in attività di tipo sociale ed educativo, attraverso interventi resi al domicilio dell'utente, anche al fine di promuovere e sostenere la funzione educativa genitoriale, nonché la partecipazione ad attività culturali, formative, sportive e ricreative, debitamente autorizzate e previste nel PAI, con l'assenso alla fattibilità dell'uscita da parte del Coordinatore del soggetto gestore, sentito l'Operatore sull'opportunità dell'uscita stessa. Eventuali dinieghi da parte del Soggetto gestore dovranno essere adeguatamente motivati.

Art. 32

Valutazione delle domande di ammissione

Il Servizio di Assistenza Educativo-Domiciliare è un servizio di secondo livello, quindi di norma è il Servizio Sociale del Comune di residenza del richiedente che avanza istanza di attivazione del servizio a favore di minori e loro famiglie in stato di fragilità sociale, rilevata dallo stesso o su segnalazione delle STSMREE della ASL RM 5 distretto sanitario 6 di Colleferro. Riguardo all'accesso si fa riferimento all'art. 5 del presente regolamento.

Il Servizio Sociale, che chiede l'accesso alla prestazione, contatta eventualmente il servizio sanitario di riferimento, procedendo, con la visita domiciliare, alla valutazione della situazione socio-ambientale e familiare del caso.

Nel caso in cui le condizioni dell'assistito richiedano l'attivazione di una valutazione multidimensionale la domanda viene esaminata dall'UVM.

Art. 33

Attivazione del Servizio

Il servizio viene attivato a seguito di presentazione del caso al Comitato Tecnico da parte del Servizio Sociale di riferimento e in base alla sua valutazione viene inserito nella graduatoria distrettuale.

Nel momento in cui si verifica disponibilità di ore il Comitato Tecnico convoca il Coordinatore del Servizio, procede all'aggiornamento della graduatoria e dispone l'attivazione del Servizio per gli utenti individuati.

Dopo l'individuazione di detti utenti il Servizio Sociale di riferimento attiva l'Unità Operativa, con lettera scritta, inviata al Coordinatore del Servizio ed eventualmente agli Operatori ASL che seguono il caso, prevedendo una nuova visita domiciliare per la redazione del Piano di Assistenza Individualizzato.

Il Coordinatore del Servizio procederà all'attivazione del caso. Esso è referente dello stesso verso i Servizi Sociali comunali e le UU.OO della Asl di riferimento.

Gli operatori del Servizio saranno presenti alle riunioni con questi ultimi secondo le disposizioni del loro Coordinatore.

Sarà cura del Coordinatore del Servizio, relazionare sull'andamento dello stesso al Comune capofila e ai Servizi Sociali comunali.

Il numero di ore settimanali di servizio, assegnate all'utente sono definite in sede di Comitato Tecnico rapportando l'effettivo bisogno rilevato alle ore di servizio disponibili secondo un criterio di opportunità, per un massimo di n. 6 ore settimanali tenendo conto della gravità del caso e secondo specifici indicatori (valutazione situazione socio-ambientale ed economica, situazione del minore). Solo in casi eccezionali potranno essere autorizzate ore aggiuntive a quelle assegnate, su espressa autorizzazione del Coordinatore dell'Ufficio di Piano.

L'attivazione del Servizio avviene in sede di Comitato Tecnico e resa esecutiva da Determinazione del responsabile dell'Ufficio di Piano.

Solo in caso di urgenza, adeguatamente motivata, il Servizio può essere attivato direttamente dal Servizio Sociale Comunale, congiuntamente comunicato per iscritto all'Ufficio di Piano e ratificato nella prima riunione utile del Comitato Tecnico.

Le ore di servizio non fruite non sono recuperabili nei seguenti casi:

- assenza del minore beneficiario dal proprio domicilio per cause non riferibili alla situazione che motiva l'attivazione del servizio a suo favore;
- festività;
- ricovero presso ospedali, strutture sanitarie e/o sociali;
- rinuncia dell'eventuale sostituzione laddove proposta dal Soggetto erogatore in caso di assenza dell'operatore assegnato.

In caso di assenza di ore di Servizio da assegnare il richiedente viene inserito in una lista di attesa distrettuale e l'attivazione avrà luogo nel momento in cui si avranno ore disponibili.

L'utente non può posticipare l'attivazione del Servizio per esigenze non connesse all'organizzazione dello stesso.

Art. 34 Unità Operativa

L'Unità Operativa è così formata:

- o Assistente Sociale del Comune di residenza del minore;
- o Coordinatore del Servizio di Assistenza Educativo-Domiciliare per minori;
- o Operatori del servizio specialistico della ASL.

Le funzioni dell'Unità Operativa sono le seguenti:

- _ redazione del PAI;
- monitoraggio degli interventi e delle prestazioni con cadenza trimestrale o quando il servizio sociale di riferimento ne ravvisi l'opportunità.

Art. 35

Piano Assistenziale d'Intervento

La stesura del Piano Assistenziale d'Intervento compete al Servizio Sociale del Comune di residenza del richiedente, nell'ambito dell'Unità Operativa del servizio.

Nel caso in cui le condizioni dell'assistito richiedano l'attivazione di una valutazione multidimensionale, la domanda viene esaminata dall'UVM che procede alla redazione del Piano Assistenziale Individualizzato.

L'operatività viene sospesa in caso di assenza del minore preventivamente e obbligatoriamente comunicate dalla famiglia dello stesso al Servizio Sociale Comunale. Ed in caso di mancato pagamento della quota oraria di compartecipazione eventualmente dovuta dall'utente, a seguito di comunicazione scritta da parte del Servizio Sociale di riferimento.

Il Piano Assistenziale Individualizzato è altresì aggiornabile periodicamente da parte del Servizio Sociale comunale, nell'ambito dell'Unità Operativa del servizio, se del caso nell'ambito dell'Unità Valutativa Multidimensionale, secondo lo stato di bisogno dell'utente e in rapporto alle esigenze organizzative generali del servizio.

Il P.A.I. aggiornato, viene formalmente comunicato all'utente.

Le prestazioni indicate nel Piano vengono individuate per tipologia, frequenze di erogazione e conseguentemente rapportate all'impegno orario degli operatori del Servizio.

Art. 36

Verifiche dei programmi socio-sanitari

Dopo l'attivazione del servizio, avvenuta con la presa in carico dell'utente, sono previste verifiche periodiche trimestrali, finalizzate a valutare l'andamento del Programma del PAI ed apportare eventuali correttivi.

Nel corso dell'erogazione degli interventi, programmati nel Piano Assistenziale, l'Unità Operativa monitorerà gli stessi, con cadenza trimestrale o quando necessario, così come previsto nel PAI.

Il Servizio Sociale convocherà, con cadenza trimestrale, una riunione per la valutazione del caso, salvo diverse necessità, nel corso del trimestre.

Nelle verifiche periodiche effettuate del Servizio Sociale comunale, se del caso nell'ambito dell'Unità Valutativa Multidimensionale, saranno coinvolti tutti gli Operatori che seguono il caso.

Sarà cura del Coordinatore del Servizio, relazionare sull'andamento dello stesso all'Ufficio di Piano e ai Servizi Sociali comunali.

Art. 37

Concorso degli utenti al costo del servizio

Gli utenti che usufruiranno del servizio di assistenza educativo domiciliare saranno tenuti al pagamento al Comune capofila di un contributo mensile in base alla situazione economica del nucleo familiare quantificato, tenendo conto delle risultanze dell'I.S.E.E. (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) e secondo la seguente tabella:

Tabella 1 - OSS

FASCIA	REDDITO (I.S.E.E.)	COSTO ORARIO DEL SERVIZIO - OSS
A	Fino a € 6.500,00	ESENTE
B	Da € 6.500,01 a € 12.500,00	10%

C	Da € 12.500,01 a € 18.500,00	35%
D	Da € 18.500,01 a € 24.500,00	50%
E	Da € 24.500,01 in poi	70%

Tabella 2 - EDUCATORI PROFESSIONALI

FASCIA	REDDITO (I.S.E.E.)	COSTO ORARIO DEL SERVIZIO - EDUCATORI PROFESSIONALI
A	Fino a € 6.500,00	ESENTE
B	Da € 6.500,01 a € 12.500,00	10%
C	Da € 12.500,01 a € 18.500,00	35%
D	Da € 18.500,01 a € 24.500,00	50%
E	Da € 24.500,01 in poi	70%

L'entità del contributo richiesto sarà comunicato all'utente ad accettazione della richiesta di assistenza educativo-domiciliare ed il suo mancato pagamento determina la sospensione dell'erogazione del Servizio.

Art. 38

Responsabile del caso e sue funzioni

Il Responsabile del caso viene individuato nell'Assistente Sociale del Servizio Sociale del comune di residenza del minore in carico.

Le sue funzioni principali sono le seguenti:

7. esprime parere ai fini dell'ammissione del minore al servizio sulla base della documentazione idonea a comprovare le effettive condizioni della persona e/o del nucleo familiare, che giustificano l'ammissione al servizio;
8. ciò di cui al punto 1) viene espresso previa visita domiciliare, strumento di indagine per la verifica della situazione socio-economica e ambientale dell'utente.
Dalle risultanze dell'indagine e da una prima valutazione del caso, l'Assistente Sociale procede alla stesura del Piano Assistenziale Individualizzato, nell'ambito dell'Unità Operativa di cui all'art. 33, informando il Referente del Soggetto Gestore del Servizio sulle necessità del minore da inserire (tale Referente è il Coordinatore del Servizio ed ha il compito di organizzare operativamente il lavoro degli operatori che si recano al domicilio dell'utente);
9. il Responsabile del caso, d'intesa con il Referente del Soggetto Gestore del Servizio, indicano riunioni periodiche del personale per il resoconto del lavoro svolto e per l'aggiornamento del programma d'intervento;
10. effettua visite domiciliari periodiche per la verifica del programma d'intervento;
11. svolge inoltre attività di supervisione sul servizio sia dal punto di vista organizzativo, sia dal punto di vista della programmazione, della verifica e del controllo dello stesso, nonché rispetto al raggiungimento di obiettivi di efficacia ed efficienza;
12. attraverso incontri periodici tiene i rapporti con gli altri servizi territoriali per una reale integrazione degli stessi a livello operativo, condizione indispensabile per "la messa in rete" dei servizi in un sistema integrato di interventi e di servizi sociali.

Il Referente del Soggetto Gestore, Coordinatore del Servizio, d'intesa con l'Assistente Sociale Responsabile del caso, coordina gli interventi degli Assistenti Domiciliari, degli

Educatori Professionali e di altre eventuali figure professionali previste dal Piano Assistenziale Individualizzato, garantendo lo svolgimento e la continuità del servizio. Accerta il regolare svolgimento del servizio, tiene i registri, gli archivi e la documentazione relativa al servizio (fogli firma degli operatori e così via), programma il servizio anche in relazione alle richieste di ferie e permessi, valutate le esigenze del servizio stesso.

Art. 39

Supervisione del Servizio

La supervisione del Servizio compete al Comitato Tecnico e all'Osservatorio Sociale dell'Ufficio di Piano insieme alla Referente della ASL RM 5 Distretto Sanitario 6 di Colleferro (S.T.S.M.R.E.E.) e al Coordinatore del Servizio che si riuniranno con cadenza semestrale. In questa sede verrà valutato il Servizio attraverso il report redatto dall'Osservatorio Sociale quale attività di monitoraggio e valutazione dei servizi del Piano Sociale di Zona.

REGOLAMENTO PER IL SERVIZIO INTEGRATO DISABILI GRAVI – L.R. n. 20/2006.

Art. 40

Definizione

Il Servizio Integrato Disabili Gravi – L.R. n. 20/2006 è volto al miglioramento della qualità della vita alla persona con disabilità, assicurare alle persone disabili il diritto ad una vita indipendente e il mantenimento nel proprio ambiente sociale e familiare per superare ogni forma di emarginazione ed esclusione sociale.

Art. 41

Destinatari

Si individuano, come destinatari degli interventi "esclusivamente" persone con handicap grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3 della L. n. 104/92 (condizione accertata e certificata dalle Commissioni mediche integrate individuate dall'art. 4 della suddetta Legge) residenti in uno dei Comuni del Distretto Socio-Sanitario RM 5/6.

Inoltre il servizio è rivolto a persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) non ricompresi nel Piano d'ambito per la disabilità gravissima in quanto riportanti una minore gravità della compromissione funzionale rispetto all'art. 3, comma 2 del Decreto interministeriale 26 settembre 2016. Tali destinatari devono essere residenti in uno dei Comuni del Distretto Socio-Sanitario RM 5/6.

Art. 42

Prestazioni ed interventi

Gli interventi e le prestazioni erogate attraverso il Servizio Integrato Disabili Gravi sono erogati nel seguente modo:

- a. la programmazione e l'attuazione degli interventi di sostegno alla persona e alla famiglia attraverso forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale, anche nelle giornate festive e prefestive, quale assistenza diretta;
- b. l'avvio di programmi di aiuto alla persona gestiti in forma indiretta, mediante piani personalizzati per i soggetti in situazioni di gravità che ne facciano richiesta con verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia.

La modalità viene scelta dall'utente al momento della presentazione della domanda e può essere modificata su espressa richiesta. Qualora il Servizio Sociale di riferimento ne ravvisi l'opportunità può essere proposta al richiedente una scelta diversa da quella effettuata.

Le prestazioni erogate sono le seguenti:

1. igiene e cura della persona e della abitazione;
2. promozione della socializzazione e dell'autonomia dell'utente;
3. stimolo alla partecipazione a momenti di vita associativa in cui la persona possa sentirsi utile e pienamente coinvolta;
4. preparazione dei pasti;
5. disbrigo di commissioni (acquisti, istruzioni di pratiche, ecc);
6. quanto altro ritenga utile il servizio sociale che prende in carico il caso.

Le prestazioni sono gratuite e/o a compartecipazione del costo del servizio in base all'art. 47 del presente Regolamento.

Riguardo all'assistenza erogata alle persone con disabilità gravissima, secondo quanto specificato nelle lettere a) e b) si fa riferimento alle indicazioni regionali e alla normativa pro tempore vigente.

Art. 43

Valutazione delle domande di ammissione

Il Servizio Sociale del Comune di residenza del richiedente istruisce le domande, compiendo una visita domiciliare presso l'abitazione dell'assistito, valutando la situazione personale, economica e sociosanitaria dello stesso, al fine di determinarne lo stato di bisogno.

Nel caso in cui le condizioni dell'assistito richiedano l'attivazione di una valutazione multidimensionale la domanda viene esaminata dall'UVM.

Sulla base delle risultanze dell'istruttoria ed in rapporto alle risorse della rete dei servizi alla popolazione anziana e di quelle familiari, amicali e del volontariato, il Servizio Sociale Comunale e/o l'UVM formulano un idoneo Piano Assistenziale Individualizzato (P.A.I.).

Art. 44

Attivazione del Servizio

L'attivazione del Servizio avviene da parte del Comitato Tecnico, a cui partecipa anche il Coordinatore del Soggetto gestore, previa valutazione del caso. Il numero di ore settimanali di servizio, assegnate all'utente sono definite in sede di Comitato Tecnico rapportando l'effettivo bisogno rilevato alle ore di servizio disponibili secondo un criterio di opportunità, per un massimo di n. 8 ore settimanali tenendo conto della gravità del caso e secondo specifici indicatori (funzioni compromesse, situazione familiare, distanza dai principali servizi socio-sanitari, ISEE, cronologico della presentazione della domanda).

Il monte ore settimanali massimo assegnato non potrà in alcun caso essere superato. Potrà essere assegnato un numero di ore inferiori al pacchetto previsto in caso di un limitato budget di ore da assegnare.

Le ore di servizio così assegnate sono comunicate dal Servizio Sociale di riferimento all'utente. Tale Servizio, insieme al Coordinatore del Soggetto gestore, attiva le prestazioni previste nel PAI.

L'utente non può posticipare l'attivazione del Servizio per esigenze non connesse all'organizzazione dello stesso.

Solo in caso di urgenza, adeguatamente motivata, il Servizio può essere attivato direttamente dal Servizio Sociale Comunale, congiuntamente comunicato per iscritto all'Ufficio di Piano e ratificato nella prima riunione utile del Comitato Tecnico.

In caso di assenza di ore di Servizio da assegnare il richiedente viene inserito in una lista di attesa distrettuale e l'attivazione o l'adeguamento del numero di ore assegnate, avrà luogo nel momento in cui si avranno ore disponibili.

Art. 45

Piano Assistenziale Individualizzato

La stesura del Piano Assistenziale Individualizzato compete al Servizio Sociale Comunale del Comune di residenza del richiedente, se del caso nell'ambito dell'Unità Valutativa Multidimensionale.

Il PAI è operativo a seguito della determinazione del responsabile dell'Ufficio di Piano. L'operatività viene sospesa in caso di ricovero dello stesso in strutture sanitarie e/o assistenziali o in caso di altre assenze preventivamente e obbligatoriamente comunicate dall'utente al Servizio Sociale comunale ed in caso di mancato pagamento della quota oraria di compartecipazione dovuta eventualmente dall'utente a seguito di comunicazione scritta da parte del Servizio Sociale di riferimento.

Il Piano Assistenziale Individualizzato è altresì aggiornabile periodicamente da parte del Servizio Sociale Comunale, se del caso nell'ambito dell'Unità Valutativa

Multidimensionale, secondo lo stato di bisogno dell'utente e in rapporto alle esigenze organizzative generali del servizio.

Il P.A.I. aggiornato, viene formalmente comunicato all'utente.

Le prestazioni indicate nel Piano vengono individuate per tipologia, frequenze di erogazione in base ai pacchetti di cui all'art. 44 e conseguentemente rapportate all'impegno orario degli operatori del Servizio.

Art. 46

Verifiche dei programmi socio-sanitari

Dopo l'attivazione del servizio, avvenuta con la presa in carico dell'utente, sono previste verifiche periodiche trimestrali, o se del caso quando se ne ravvisi l'opportunità, finalizzate a valutare l'andamento del Programma del PAI ed apportare eventuali correttivi.

Nelle verifiche periodiche effettuate del Servizio Sociale Comunale, se del caso nell'ambito dell'Unità Valutativa Multidimensionale, saranno coinvolti tutti gli Operatori che seguono il caso.

Art. 47

Concorso degli utenti al costo del servizio

Gli utenti che usufruiranno del servizio integrato disabili gravi saranno tenuti al pagamento al Comune capofila di un contributo mensile in base alla situazione economica del nucleo familiare quantificato, tenendo conto delle risultanze dell'I.S.E.E. (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) e secondo la seguente tabella:

FASCIA	REDDITO (I.S.E.E.)	COSTO ORARIO DEL SERVIZIO
A	Fino a € 6.500,00	Esente
B	Da € 6.500,01 a € 12.500,00	(10%)
C	Da € 12.500,01 a € 18.500,00	(35%)
D	Da € 18.500,01 a € 24.500,00	(50%)
E	Da € 24.500,01 in poi	(70%)

L'entità del contributo richiesto sarà comunicato all'utente ad accettazione della richiesta di assistenza domiciliare ed il suo mancato pagamento determina la sospensione dell'erogazione del Servizio.

Art. 48

Responsabile del caso e sue funzioni

Il Responsabile del caso viene individuato nell'Assistente Sociale del Servizio Sociale del comune di residenza dell'utente preso in carico.

Le sue funzioni principali sono le seguenti:

1. esprime parere ai fini dell'ammissione dell'utente al servizio sulla base della documentazione idonea a comprovare le effettive condizioni della persona e/o del nucleo familiare, che giustificano l'ammissione al servizio;
2. ciò di cui al punto 1) viene espresso previa visita domiciliare, strumento di indagine per la verifica della situazione socio-economica e ambientale dell'utente. Dalle risultanze dell'indagine e da una prima valutazione del caso, l'Assistente Sociale procede alla stesura del Piano Assistenziale Individualizzato, se l'intervento previsto è prevalentemente socio-assistenziale, informando il Referente del Soggetto Gestore del Servizio sulle necessità dell'utente da inserire (tale Referente è il Coordinatore del Servizio ed ha il compito di organizzare operativamente il lavoro degli operatori che si recano al domicilio dell'utente), se del caso porta lo stesso all'attenzione dell'Unità Valutativa Multidimensionale;

3. il Responsabile del caso, d'intesa con il Referente del Soggetto Gestore del Servizio, indicano riunioni periodiche del personale per il resoconto del lavoro svolto e per l'aggiornamento del programma d'intervento;
4. effettua visite domiciliari periodiche per la verifica del programma d'intervento;
5. svolge inoltre attività di supervisione sul servizio sia dal punto di vista organizzativo, sia dal punto di vista della programmazione, della verifica e del controllo dello stesso, nonché rispetto al raggiungimento di obiettivi di efficacia ed efficienza;
6. attraverso incontri periodici tiene i rapporti con gli altri servizi territoriali per una reale integrazione degli stessi a livello operativo, condizione indispensabile per "la messa in rete" dei servizi in un sistema integrato di interventi e di servizi sociali.

Il Coordinatore del Soggetto Gestore del Servizio, d'intesa con l'Assistente Sociale Responsabile del caso, coordina gli interventi degli Assistenti Domiciliari degli Educatori Professionali e di altre eventuali figure professionali previste dal Piano Assistenziale Individualizzato, garantendo lo svolgimento e la continuità del servizio. Accerta il regolare svolgimento del Servizio, tiene i registri, gli archivi e la documentazione relativa al servizio (fogli firma degli operatori e così via).

Art. 49

Supervisione del Servizio

La supervisione del Servizio compete al Comitato Tecnico e all'Osservatorio Sociale dell'Ufficio di Piano insieme al Coordinatore del Servizio che si riuniranno con cadenza semestrale. In questa sede verrà valutato il Servizio attraverso il report redatto dall'Osservatorio Sociale quale attività di monitoraggio e valutazione dei servizi del Piano Sociale di Zona.