

COMUNE DI GUIDONIA MONTECELIO
PROVINCIA DI ROMA



AREAV - POLITICHE SOCIALI E SANITÀ

REGOLAMENTO COMUNALE

***PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE PER PORTATORI
DI HANDICAP RESIDENTI NEI COMUNI DEL
DISTRETTO SOCIO- SANITARIO DELLA ASL RMG2***

Premessa

Il presente Regolamento disciplina i principi e le modalità della gestione del Servizio di Assistenza domiciliare distrettuale (accesso, erogazione delle prestazioni) in favore di persone portatrici di handicap denominato A. D. H in riferimento all'Accordo di programma per l'integrazione dei Servizi socio assistenziali e sanitari stipulato tra i Comuni di Guidonia Montecelio - Marcellina - Monteflavio - Montelibretti - Montorio - Moncone - Nerola - Palombara S. - S. Angelo R. e Azienda ASL RM G2.

Art.1 - Definizione

Il Servizio di Assistenza Domiciliare - A.D.H - rivolto ai soggetti portatori di handicap rappresenta lo strumento privilegiato per assistere presso il proprio domicilio la persona portatrice di handicap psico-fisico riconosciuto, che versa in condizioni di necessità permanente o temporanea. È costituito da una serie di interventi e prestazioni di carattere socio-assistenziale e sanitario, di aiuto per la gestione della propria persona, per il governo della casa e per la conservazione e/o potenziamento delle autonomie personali e sociali.

Art. 2 - Finalità

Il servizio ADH ha la finalità di favorire il mantenimento del disabile nel proprio ambiente familiare e /o nel normale contesto sociale, assicurando interventi socio-educativi, assistenziali e sanitari volti a prevenire e/o a rimuovere situazioni di bisogno, di emarginazione e di disagio, evitando il ricorso al ricovero in strutture residenziali mediante prestazioni di assistenza domiciliare di cui agli artt. n. 1 e n. 5 del presente Regolamento, integrandosi con la famiglia nei propri compiti assistenziali.

Art. 3 - Principi

Il sistema di erogazione degli interventi socio educativi assistenziali si conforma ai principi di uguaglianza ed imparzialità nel rispetto delle esigenze e dei bisogni di ogni singolo caso.

Art. 4 - Destinatari

Il Servizio denominato A.D.H. è rivolto a minori e adulti fino al compimento del sessantacinquesimo anno di età in condizioni di parziale o totale non autosufficienza, che presentino una minorazione fisica, psichica o sensoriale, temporanea o stabilizzata o progressiva.

Art. 5 – Prestazioni

Al servizio A.D.H. sono demandati i seguenti interventi da erogarsi in prestazioni orarie di almeno 55 minuti ; suddette prestazioni verranno stabilite all'interno di un Piano Assistenziale Individuale denominato P.A.I. e riguarderanno le seguenti attività:

- cura della persona (alzata, igiene personale, vestizione, aiuto nell'assunzione dei pasti, mobilitazione ed aiuto nella deambulazione, aiuto nell'utilizzo di ausili sanitari);
- aiuto per il governo della casa (riordino letto e stanza, pulizia dei servizi e dei vani dell'alloggio ad uso dell'utente, cambio della biancheria, lavaggio, stiratura della biancheria e del vestiario dell'utente, piccoli lavori di rammendo e cucito);
- acquisto generi alimentari, vestiario e preparazione pasti;
- disbrigo di commissioni (pratiche, accompagnamento presso strutture pubbliche e private promozione della socializzazione e della autonomia personale).

Le prestazioni di carattere sanitario, ove necessarie, saranno assicurate dal personale dell'Azienda

ASL RM G2 nel seguente modo:

- predisposizione di valutazione e piano di intervento da parte dell'Unità Valutativa territoriale del CAD e del CSM;
- erogazione di prestazioni sanitarie medico infermieristiche e fisioterapiche;
- consulenze CSM - SERT su richiesta e prestazioni.

Art. 6 - Commissione Valutativa

La Commissione Valutativa è composta dall' Assistente Sociale del Comune di residenza del soggetto richiedente, dal referente dell'Ente gestore del Servizio, e da un eventuale referente della Asl qualora lo stesso sia già in carico.

Suddetta Commissione avrà il compito di redigere il P.A.I .

Art. 7 - Modalità di Accesso Al Servizio e Presentazione della domanda

La richiesta del Servizio potrà avvenire mediante:

- richiesta della persona interessata;
- segnalazione di chiunque sia informato della necessità dell'assistenza;
- diretta proposta del Servizio Socio-sanitario;
- disposizione dell'Autorità giudiziaria.

La domanda di accesso inoltrata al Servizio Sociale del Comune di residenza dovrà essere corredata dai documenti di seguito indicati:

- Dichiarazione sostitutiva Unica correlata alla certificazione ISEE (ai sensi del Decreto legislativo n 109/98 e successive integrazioni);
- copia del verbale di riconoscimento di invalidità;
- copia del verbale di accertamento dello stato di handicap (legge 104/92).
- eventuali ulteriori certificazioni

La domanda dovrà essere presentata entro il mese di Novembre di ogni anno.

Per i malati in fase terminale certificata e per i casi di SLA in fase avanzata certificata, la domanda può essere presentata nel corso dell'intero anno solare.

Il modulo di domanda e la scheda di valutazione multidimensionale della persona disabile(Scheda Sociale a cura dell'assistente sociale del Comune di residenza dell'utente, Scheda Sanitaria a cura del medico di famiglia e scheda valutativa regionale CAD ove necessario), sono parte integrante del presente regolamento.

Art. 8 - Criteri di ammissione

Il P.A.I dovrà prendere in considerazione, ai fini dell'inserimento nel servizio di assistenza domiciliare, i seguenti elementi:

- valutazione del disagio evidenziato
- risorse familiari
- condizioni economiche dell'interessato e/o del nucleo familiare
- eventuale fruizione di altri interventi o servizi -eventuali altri elementi espressi nel progetto
- data di presentazione della domanda

Qualora le risorse assegnate non siano sufficienti a soddisfare tutte le richieste verrà predisposta una graduatoria che tenga conto della gravità della situazione.

In caso di parità di bisogno, verrà data priorità a coloro che si trovino in condizioni economiche più disagiate e/o privi di familiari di riferimento.

Art. 9 - Durata

L'intervento di Assistenza Domiciliare avrà la durata prevista dal P.A.I (PIANO Assistenziale Individuale) rinnovabile o modificabile con aggiornata documentazione.

Art. 10 - Determinazione del reddito dei richiedenti del servizio di ADH

L'accesso alle prestazioni è determinato considerando il nucleo familiare, il suo reddito ed il suo patrimonio secondo l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE).

Per nucleo familiare si intende la famiglia anagrafica comprensiva di tutti i soggetti a carico ai fini IRPEF (art 1 bis legge n. 221 modificata da legge 242 /01).

Le amministrazioni comunali si riservano di effettuare controlli a campione al fine di verificare la veridicità delle dichiarazioni rese.

Art. 11 - Compartecipazione alla spesa

Per l'accesso alle prestazioni del Servizio A.D.H. è prevista la compartecipazione degli utenti al costo del Servizio in misura diversa in base all'indicatore della Situazione economica equivalente dichiarata.

Le tariffe sono indicate nella seguente tabella:

Indicatore della situazione economica equivalente	Quota oraria di compartecipazione degli utenti *	Quota oraria a carico del Comune
Da € 0 a 6.000,00	esente	
Da € 6.001,00 a 12.000,00	€ 1,00	
Da € 12.001,00 a 15.000,00	€ 2,00	
Da € 15.001,00 a 20.000,00	€ 3,00	
Da € 20.001,00 a 25.000,00	€ 4,00	
Da € 25.001,00 a 30.000,00	€ 5,00	
Oltre 30.000,00	€ 10,00	

La quota di compartecipazione alla spesa verrà quantificata mensilmente in base all'effettivo utilizzo dell'intervento assistenziale.

Art. 12 – Dimissioni

Le Dimissioni si verificano quando vengono a decadere i criteri di ammissioni o per mancato pagamento delle prestazioni erogate.

DEL COMUNE _____

OGGETTO: RICHIESTA DI ASSISTENZA DOMICILIARE A FAVORE DI SOGGETTI DIVERSAMENTE ABILI (ADH)

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di _____

Residente a _____

Via/P.za _____ n° _____

Tel _____ cell. _____

CHIEDE

Di poter usufruire dell'assistenza domiciliare ADH in favore di _____

Data _____, li _____

Firma

Si allega alla presente:

- Scheda sanitaria del medico curante
- Certificazione ISEE
- Verbale invalidità civile
- Eventuale documentazione medica

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
e residente a _____ con documento _____ n° _____
ai sensi della legge 196/2003 autorizzo gli operatori del Servizio Sociale del Comune di ad acquisire e trattare tutti i
dati e le informazioni necessarie alla realizzazione dell'intervento sociale richiesto, per le finalità istituzionali dell'Ente, ed a tenere presso i propri archivi la documentazione cronologica delle azioni svolte.

_____, li _____

in fede

ASSISTENZA DOMICILIARE HANDICAP
SCHEDA SANITARIA
(a cura del medico di famiglia)

COGNOME _____ NOME _____

Luogo e data di nascita _____

Via _____ n° _____ loc. _____

Tel. _____ altri recapiti: _____

Cod. sanitario _____ esenzione ticket _____

cod. fiscale _____

invalido civile: no si al _____ % certificato ai sensi della legge _____

Medico curante: Dr. _____ tel. _____

Via _____ n° _____ loc. _____

Orario ricevimento: _____

altri recapiti: _____

Disponibilità oraria a visite domiciliari:

si no

Se si specificare giorni e orari:

Diagnosi e patologie concomitanti del paziente:

Gravemente non autosufficiente 40 **Parzialmente autosufficiente grado medio 30**

Parzialmente autosufficiente grado lieve 20 **Autosufficiente** **0**

Trasportabile **0** **Non trasportabile** **10**

(PUNTEGGIO MAX 50)

data _____

Il Medico