

Ambito Territoriale
ASL BT D.S.S. N° 3
CANOSA DI PUGLIA-MINERVINO MURGE-SPINAZZOLA
(Provincia di Barletta-Andria-Trani)

Disciplinare del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata

Art. 1 Oggetto

L'Ambito territoriale comprendente i Comuni di: Canosa di Puglia (capofila), Minervino Murge, Spinazzola (di seguito Ambito territoriale) con il Piano Sociale di zona attiva interventi e servizi a carattere domiciliare al fine di garantire l'assistenza e il benessere dei cittadini contrastandone fenomeni di emarginazione e di istituzionalizzazione, nel rispetto di quanto previsto dalla Legge regionale 19/2006 e s.m.i. e dal Regolamento regionale n. 4/2007 e s.m.i. Il presente Disciplinare regola i criteri e le modalità di accesso dei cittadini al Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (di seguito ADI) quale servizio a domanda individuale rientrante tra i servizi socio-sanitari di carattere domiciliare del Piano sociale di zona dell'Ambito territoriale in coerenza a quanto stabilito dal Regolamento Unico per l'accesso alle prestazioni e la compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni.

Art. 2 Definizione del servizio, finalità, prestazioni e destinatari

Il servizio, regolamentato all'art. 88 Regolamento attuativo n. 4/2007 e s.m.i., è fondato sul modello della domiciliarizzazione delle cure e delle prestazioni e si connota per una forte valenza integrativa delle prestazioni, in relazione alla natura e alla complessità dei bisogni a cui si rivolge.

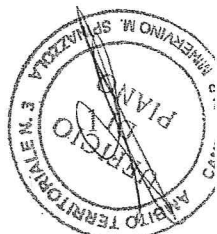
Caratteristica essenziale del servizio è l'unitarietà dell'intervento che assicura prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio – assistenziali in forma integrata, svolte esclusivamente presso il domicilio dell'utente, secondo piani assistenziali individualizzati, predisposti sulla base di valutazioni multi professionali dell'Unità di Valutazione Multidimensionale dell'Ambito territoriale (UVM).

Il servizio ADI condivide con le altre tipologie di prestazioni domiciliari (SAD, ADS,...) le finalità e gli obiettivi generali:

- mantenere la persona nel proprio contesto di vita attraverso interventi di sostegno della famiglia e della persona con prestazioni socio-sanitarie integrate svolte in regime domiciliare ovvero nel contesto della vita quotidiana;
- utilizzare il ricorso ai servizi residenziali, a ciclo diurno o continuativo, in via subordinata ed aspettando modalità che circoscrivano di norma ad un periodo programmato la prestazione, sulla base di un definito piano d'intervento;
- costituire una valida alternativa sia all'assistenza sanitaria prestata in regime di ricovero ospedaliero, che all'istituzionalizzazione in strutture socio-sanitarie;
- adottare modalità d'intervento mirate al recupero, al reinserimento, all'autonomia, alla salvaguardia della vita affettiva e della relazione dell'utente;
- ridurre i ricoveri impropri e incongrui negli ospedali e nelle strutture residenziali;
- ridurre la permanenza in ospedale e favorire la de-ospedalizzazione attraverso l'istituto della dimissione socio-sanitaria protetta;
- sviluppare una modalità d'intervento incentrata sul lavoro d'équipe al fine di realizzare l'effettiva integrazione delle prestazioni;
- sostenere la famiglia e coinvolgerla nella collaborazione ai piani di assistenza.

L'ADI deve altresì svilupparsi a partire da alcune caratteristiche di base considerate elementi essenziali per la corretta attuazione del servizio:

- la valutazione multidimensionale del bisogno;
- la globalità dei piani di cura;



- la collaborazione tra operatori sanitari, sociali e la famiglia e la condivisione degli obiettivi;
- la continuità degli interventi;
- l'adozione di una metodologia di lavoro che utilizzi procedure e strumenti organizzativi integrati (riunioni di programmazione degli interventi, di coordinamento, di valutazione, di riprogettazione, progetto assistenziale individualizzato, individuazione del referente familiare/care giver e del responsabile del caso/case manager,...);
- la valutazione dei costi delle decisioni;
- la valutazione evolutiva degli esiti;
- la centralità del Medico di Medicina generale o del Pediatra di Libera Scelta, per gli aspetti clinici, e dell'assistente sociale di riferimento, per gli aspetti sociali;
- l'esistenza di centri di responsabilità in ambito sanitario e sociale (Distretto Socio-sanitario e Ambito territoriale).

Sono prestazioni del servizio quelle di:

- aiuto alla persona nello svolgimento delle normali attività di vita quotidiana compresa l'eventuale vestizione o svestizione per il bagno ovvero per le quotidiane attività di cura dell'igiene personale;
- aiuto nell'igiene personale per gli utenti allettati;
- aiuto nella deambulazione;
- governo della casa (solo gli ambienti di vita quotidiana cioè cucina- bagno-camera da letto);
- lavaggio e riordino della biancheria;
- preparazione e somministrazione pasti caldi e aiuto all'assunzione degli stessi;
- welfare leggero con attività socio assistenziali generiche: compagnia, aiuto nel disbrigo di piccole pratiche e sostegno nella mobilità personale per favorire la presenza degli utenti nelle attività sociali, ricreative etc; cura dei rapporti con i familiari e la comunità; accompagnamento presso enti per la risoluzione di problemi di rilevanza familiare o sociale; accompagnamento per visite mediche o ricoveri; acquisto di generi alimentari o di prima necessità.
- prestazioni infermieristiche, riabilitative e riattivanti, da effettuarsi sotto il controllo del personale medico.

Art. 3 Destinatari

Possono usufruire del servizio i cittadini residenti nei Comuni dell'Ambito territoriale in condizione di non autosufficienza o ridotta autosufficienza, temporanea o protratta, da qualunque motivo causata: età avanzata, presenza di handicap fisici, psichici o sensoriali, pluriminorazione, presenza di patologie cronico degenerative invalidanti o comunque determinanti una significativa limitazione dell'autonomia, la cui condizione di fragilità economica e sociale ne può gravemente condizionare i livelli di salute e le possibilità di recupero.

A puro titolo esemplificativo:

- anziani e disabili, minori e adulti in condizioni critiche di bisogno socio-sanitario;
- persone con disabilità, pluripatologie e patologie cronico-degenerative che determinano limitazione della autonomia;
- persone con patologie oncologiche in fase avanzata.

Art. 4 Criteri di ammissione ed eleggibilità

L'accesso all'ADI è subordinato alla presenza contemporanea dei seguenti requisiti di eleggibilità generali:

- condizione di non autosufficienza temporanea o protratta: la sussistenza di tale requisito deve essere certificata da attestazione medica e definita in maniera precisa e standardizzata mediante l'utilizzo di apposite scale di valutazione, validate sul piano scientifico;



- necessità di assistenza esclusivamente primaria, cioè assenza di condizioni patologiche di alto rischio o della necessità di interventi altamente specialistici o di tecnologie complesse, che impongono il ricovero ospedaliero o l'attivazione di altri servizi specialistici;
- complessità assistenziale del paziente, ovvero la presenza di bisogni complessi che richiedono contemporaneamente prestazioni sanitarie e interventi socio-assistenziali da parte di un'équipe multi-professionale o, quantomeno, di interventi socio-sanitari integrati domiciliari;
- possibilità di garantire adeguato supporto alla persona tramite la presenza di un nucleo familiare o, in caso di sua insufficienza o assenza, possibilità di assicurare la presenza di una rete solidale (vicinato, volontariato,...);
- verifica della condizione economica e della eventuale compartecipazione ai costi degli utenti;
- economicità dell'assistenza, il costo complessivo dell'assistenza domiciliare integrata, al netto della quota di compartecipazione degli utenti, non deve essere superiore a quello dell'assistenza in regime residenziale.

Art. 5 Risorse e gestione del servizio

L'Asl Bt e l'Ambito territoriale mettono a disposizione le risorse necessarie all'erogazione degli interventi di ADI, nelle modalità e nella misura concordata in sede di programmazione del Piano sociale di zona.

Le forme di gestione del Servizio sono definite dal Regolamento Unico di Ambito per l'affidamento dei servizi coerentemente a quanto previsto dalla normativa vigente. In caso di gestione a mezzo terzi, il servizio è affidato secondo le procedure previste dalla normativa in vigore per l'aggiudicazione degli appalti di servizi.

Art. 6 Erogazione del servizio

Il servizio è erogato presso il domicilio dell'utente.

La copertura oraria è flessibile ed è strettamente correlata alle esigenze dell'utenza. Il monte ore settimanali di prestazioni di carattere non sanitario per ciascun utente può variare tra le 8 e le 12 ore settimanali.

Possono ipotizzarsi ADI a breve termine (4 settimane), a medio termine (3 mesi), a lungo termine (6 mesi). L'UVM stabilirà nel Piano Assistenziale Individualizzato (di seguito PAI) la durata del servizio e il numero settimanale di prestazione da erogare complessivamente a ciascun utente. L'UVM dovrà altresì calendarizzare la successiva UVM di verifica e valutazione prima dello scadere del termine previsto.

Art. 7 Modalità di accesso e di organizzazione

Per accedere al servizio è necessaria l'istanza prodotta su apposito modulo da ritirare presso gli Uffici di servizio sociale e/o gli Sportelli di segretariato sociale - PUA dei Comuni e presso gli Uffici e le sedi del Distretto socio-sanitario n. 3 dell'Asl Bt.

Gli interventi vengono effettuati su richiesta degli interessati o dei loro familiari o da terzi con il consenso dell'interessato. La richiesta di intervento, redatta su modulo appositamente predisposto e disponibile presso tutti gli sportelli P.U.A., è inoltrata tramite la P.U.A. al Distretto Socio-Sanitario Asl Bt n. 3 per la valutazione dell'U.V.M.. Tempi e modalità di presentazione delle domande di accesso al servizio sono pubblicizzate tramite Avviso pubblico predisposto dall'Ufficio di piano e dal Distretto socio-sanitario n. 3 dell'Asl Bt e diffuso sul territorio di tutti i Comuni dell'Ambito territoriale.

Le domande di accesso al servizio possono comunque pervenire anche successivamente alla scadenza di tale termine trattandosi di una graduatoria aperta soggetta ad aggiornamento periodico. All'istanza di accesso al servizio dovrà essere allegato, pena la non ammissibilità della domanda:



- copia di un documento di identità del potenziale beneficiario del servizio in corso di validità;
- se la domanda non è presentata direttamente dal potenziale beneficiario, delega del richiedente con allegata fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- **ISEE riferita al nucleo familiare del potenziale beneficiario¹ con allegata Dichiarazione Sostitutiva Unica in corso di validità alla data di presentazione della domanda (si rammenta che l'anno di riferimento è quello relativo all'ultima dichiarazione dei redditi presentata), rilasciati dall'Inps o da un CAF legalmente riconosciuto (copia in originale con timbro e firma di chi lo rilascia)²;**
- documentazione relativa ai redditi ad ogni titolo percepiti dal destinatario relativamente all'anno fiscale precedente alla presentazione dell'istanza, compresi i redditi non fiscalmente rilevanti ovvero autocertificazione ai sensi del D.P.R. n.445 del 28-12-2000 nella quale indicare dettagliatamente sia i redditi fiscalmente rilevanti che quelli non fiscalmente rilevanti;
- certificazione medica e verbali di commissioni sanitarie (certificazione d'invalidità, certificazione attestante la disabilità ai sensi della L.104/92).

La valutazione dell'ammissibilità della domanda è di competenza dell' Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.), un'equipe multiprofessionale in grado di leggere le esigenze di pazienti con bisogni sanitari e sociali complessi che costituisce un anello operativo strategico a livello di ambito per l'accesso al sistema dei servizi socio-sanitari di natura domiciliare, semiresidenziale e residenziale a gestione integrata e partecipata.

Nello specifico dell'ADI, l'U.V.M. svolge i seguenti compiti:

- effettua la valutazione multidimensionale dell'autosufficienza e dei bisogni assistenziali degli utenti;
- verifica la presenza delle condizioni di eleggibilità come precedentemente indicate;
- elabora il Piano Assistenziale Individualizzato (obiettivi e tipologia, frequenza e durata degli interventi), condiviso con l'utente e il suo nucleo familiare e da essi sottoscritto;
- individua il responsabile del caso (case manager);
- verifica e aggiorna l'andamento del PAI a scadenze prestabilite in sede di prima UVM;
- procede alla dimissione concordata.

Art. 8 Criteri di valutazione e attribuzione del punteggio

In base alle istanze pervenute e ritenute ammissibili viene formulata una graduatoria comunale di accesso mediante l'attribuzione di un punteggio che considera diversi elementi, quali:

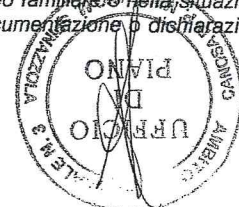
- la composizione del nucleo familiare;
- la presenza di minori nel nucleo familiare;
- l'ISEE estratto del potenziale beneficiario;
- l'ISEE del nucleo familiare;
- i redditi non fiscalmente rilevanti del richiedente³;
- la gravità della condizione di non autosufficienza.

A ciascun richiedente è attribuito un massimo di 60 punti (50 per i richiedenti minori) distribuiti secondo lo schema riportato di seguito.

¹ Nel caso di persone con handicap permanente grave di cui all'articolo 3 comma 3 della legge 104/92, accertato ai sensi dell'articolo 4 della stessa legge o di persone ultrasessantacinquenni in condizione di accertata non autosufficienza fisica o psichica, si deve considerare l'ISEE estratto del solo potenziale destinatario del servizio

² Al fine di cogliere la reale disponibilità di risorse economiche dell'interessato, qualora tra l'ultima dichiarazione dei redditi e il momento della presentazione della domanda siano intervenute variazioni significative, nella composizione del nucleo familiare o nella situazione reddituale o patrimoniale, si prenderà in considerazione tali variazioni se acquisite attraverso idonea documentazione o dichiarazione sostitutiva di certificazione.

³ Parametro da non considerare per richiedenti minori, in tal caso il punteggio va riportato a 50 p. in totale.



Beneficiano del servizio coloro che riportano il punteggio più alto nella misura consentita dalle risorse finanziarie disponibili.

Le graduatorie sono approvate con atto amministrativo (determina) del responsabile dell'Ufficio di Piano che provvede a comunicare l'ammissione al servizio ai beneficiari (o loro delegati). Questi ultimi sono tenuti a recarsi presso la sede dei Servizi sociali del Comune di residenza per confermare la disponibilità e per la sottoscrizione del Contratto entro cinque giorni dalla ricezione della comunicazione di ammissione al servizio, pena l'esclusione d'ufficio dallo stesso. I richiedenti non ammessi, inseriti in graduatoria, potranno comunque usufruire del servizio in caso di rinunce, decessi e/o dimissioni degli utenti già in carico, secondo il loro ordine progressivo di posizione. Il Bando è comunque aperto e sarà possibile inoltrare istanze anche dopo la scadenza dei termini. Le domande saranno esaminate a scorrimento graduatoria salvo i casi di estrema urgenza, come precisato all'art. 13 del presente Disciplinare.

Art. 9 Compartecipazione alla spesa

Trattandosi di servizio a domanda individuale è prevista la compartecipazione alla spesa da parte degli utenti. Tale compartecipazione è diversificata in base alla situazione economica equivalente del solo potenziale beneficiario del servizio (ISEE estratto) e si riferisce alle sole prestazioni a carattere socio-assistenziale a carico dei Comuni dell'Ambito territoriale.

Art. 10 Criteri generali per la determinazione della contribuzione e modalità di determinazione della compartecipazione al costo del servizio

La determinazione della contribuzione al costo del servizio da parte degli utenti tiene conto:

- del complessivo numero di ore di assistenza effettivamente usufruite dall'utente;
- dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) di cui al D. Lgs. 109/1998, così come modificato dal D. Lgs. 130/2000, in ottemperanza a quanto disposto dal Regolamento attuativo delle leggi regionali n. 19/2006, n. 4/2007 e s.m.i.

Il numero mensile di ore di assistenza effettivamente usufruite da ciascun utente viene rilevato dall'Ufficio di piano sulla base dei monitoraggi periodici del servizio.

Al fine di stabilire l'entità della compartecipazione al costo della prestazione sono individuate le seguenti fasce di reddito:

- | | |
|---|--|
| - fascia esente | valore ISEE da 0 a € 7.500,00 |
| - compartecipazione nella misura del 10 % | valore ISEE da 7.500,01 a € 10.000,00 |
| - compartecipazione nella misura del 15% | valore ISEE da € 10.000,01 a € 15.000,00 |
| - compartecipazione nella misura del 25% | valore ISEE da 15.000,01 a € 20.000,00 |
| - compartecipazione nella misura del 50% | valore ISEE da € 20.000,01 a € 25.000,00 |
| - compartecipazione nella misura del 75% | valore ISEE da € 25.000,01 a € 30.000,00 |
| - pagamento totale | valore ISEE superiore a € 30.000,01 |

Le percentuali sopra riportate sono calcolate sulla base del costo orario della prestazione praticato dalla ditta aggiudicataria.

Art. 11 Procedure per la riscossione della contribuzione

La misura della contribuzione richiesta, determinata secondo i criteri e le modalità del presente Disciplinare, viene notificata all'utente al momento della comunicazione di ammissione al servizio e da questi accettata all'atto della sottoscrizione del Contratto d'utenza.

I pagamenti del contributo nella misura indicata hanno luogo sulla base di mensilità posticipate e sono notificati dal rappresentante legale della ditta aggiudicataria, dietro indicazione del Responsabile dell'Ufficio di Piano; la suddetta notifica deve indicare:

- il costo complessivo del servizio effettivamente erogato nel mese precedente, con indicazione specifica del monte ore di assistenza usufruito;



- la misura del contributo complessivo da versare;
- la data entro cui il contributo deve essere versato (normalmente fissata in 15 giorni dalla ricezione della comunicazione);
- le modalità per il versamento del contributo.

La quota di compartecipazione prevista è corrisposta dall'utente direttamente con il proprio reddito e/o con il contributo dei parenti obbligati ai sensi dell'art. 433 del Codice Civile anche se non conviventi.

Art. 12 Conseguenze dell'inadempimento all'obbligo di contribuzione

In caso di inadempimento all'obbligo di contribuzione al costo del servizio come previsto dal presente Disciplinare, il Responsabile dell'Ufficio di piano ribadisce all'utente, mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento, che il puntuale versamento della quota prevista è condizione essenziale per l'erogazione del servizio e lo invita a regolarizzare la propria posizione entro un termine non superiore ai quindici giorni. Copia della comunicazione è trasmessa per conoscenza all'assistente sociale responsabile del caso.

In caso di mancato pagamento delle quote di compartecipazione di n. 2 mesi consecutivi, il servizio è temporaneamente sospeso per n. 30 gg. entro i quali l'utente può versare la quota dovuta e chiedere la riattivazione del servizio.

Ove l'inadempimento persista, il responsabile dell'Ufficio di Piano dispone l'immediata sospensione dell'erogazione del servizio, previa acquisizione del parere dell'assistente sociale responsabile del caso, fatte salve le ulteriori azioni di legge per la tutela delle ragioni creditorie dell'Ambito territoriale.

Art. 13 Accesso, presa in carico e avvio del servizio

Ai fini dell'ammissione al servizio è indispensabile la valutazione dell'U.V.M..

Le prime graduatorie degli ammessi vengono formulate dopo 20 giorni dalla data di scadenza fissata per la presentazione delle domande di accesso al servizio da apposito Avviso pubblico da pubblicizzare sul territorio dei Comuni dell'Ambito territoriale.

Le domande di accesso al servizio possono comunque pervenire anche successivamente alla scadenza di tale termine trattandosi di graduatoria aperta soggetta ad aggiornamento periodico.

Al fine dell'inserimento di nuovi richiedenti in lista d'attesa e della rivalutazione degli utenti già in carico, considerata la temporaneità del servizio, le graduatorie vengono aggiornate con cadenza obbligatoria annuale. Per tutte le situazioni di gravissimo rischio, dietro motivata e dettagliata richiesta dell'assistente sociale del Servizio Sociale professionale comunale, del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta, si procede in via prioritaria e urgente, garantendo l'accesso al servizio, anche differendo la valutazione multidimensionale, compresa la determinazione della compartecipazione da parte dell'utente alla spesa. **Per tali situazioni di emergenza è riservata una quota di ore pari al 5% del monte ore complessivo annuo a disposizione del servizio.**

La riduzione dei tempi di attesa per l'accesso al servizio deve orientare l'azione di programmazione in merito alle risorse necessarie per garantire la massima soddisfazione dei bisogni degli utenti, in primo luogo di quelli in condizione di più elevata vulnerabilità. A tal fine l'Ufficio di piano predispose tutti gli strumenti necessari per monitorare i tempi di attesa.

Il Piano Assistenziale Individualizzato deve indicare gli obiettivi e le mete, a breve e medio termine, gli interventi, le prestazioni, la frequenza e la durata dell'intervento, le date delle successive UVM di verifica.

Le ammissioni al servizio vengono approvate con atto dirigenziale del Responsabile dell'Ufficio di Piano e comunicate per iscritto all'interessato. All'atto di ammissione al servizio l'utente deve sottoscrivere un contratto di accettazione (contratto d'utenza, vedi art. 21 del presente Disciplinare)



da cui risultino chiare tutte le condizioni e gli obblighi derivanti da quanto previsto dal presente Disciplinare, a cui le parti – l'utente e i suoi familiari da un lato, l'Ambito territoriale e l'ASL dall'altro – dovranno attenersi.

In seguito all'accettazione da parte dell'utente, il Responsabile dell'Ufficio di Piano ne dà comunicazione al responsabile operativo del servizio (Ente gestore) che ne predispone l'erogazione secondo i tempi e le modalità previste dal PAI.

L'attività del personale impegnato nel servizio deve essere adeguatamente documentata attraverso schede di monitoraggio da compilare a domicilio dell'utente e da questi firmate. Tali schede dovranno registrare, per ciascun utente in carico, tempi e tipologia delle prestazioni effettuate.

Il responsabile operativo del servizio trasmette mensilmente al Responsabile dell'Ufficio di Piano e all'assistente sociale del servizio sociale professionale comunale responsabile del caso, le schede giornaliere compilate e sottoscritte dal personale e una scheda mensile di sintesi dell'attività svolta. Tutta la modulistica di monitoraggio dell'attività è concordata con l'Ufficio di piano e consegnata al responsabile operativo del servizio che è tenuto a curarne la compilazione e la trasmissione agli uffici competenti.

Art. 14 Sospensione definitiva del servizio

Il servizio può essere sospeso definitivamente con provvedimento del Responsabile dell'Ufficio di piano e del Direttore del Distretto Socio-sanitario su motivata proposta del case manager qualora si manifestino le seguenti evenienze:

- rinuncia scritta dell'utente;
- ricoveri ospedalieri o in strutture socio sanitarie per un periodo superiore ai 60 gg., salvo presentazione di adeguata certificazione sanitaria;
- sopravvenuta mancanza dei requisiti di ammissione;
- in caso di comprovati e reiterati comportamenti lesivi verso gli operatori (molestie, aggressioni anche verbali, minacce,...);
- assenze ripetute dell'utente (oltre 3 volte consecutive) dal proprio domicilio nell'orario in cui deve essere effettuata la prestazione senza motivata comunicazione;
- assenze superiori a 60 giorni non determinate da ricoveri (vedi sospensioni);
- mancato pagamento delle quote di partecipazione per due mensilità consecutive;
- accertata non veridicità delle dichiarazioni rese.

Art. 15 Sospensione temporanea del servizio

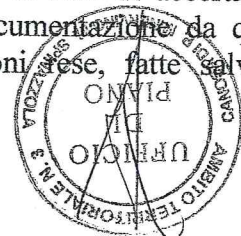
In casi particolari (ricovero ospedaliero, cure fisioterapiche, trasferimento di breve durata presso un parente o conoscente, ecc...) il servizio può essere temporaneamente sospeso con provvedimento del Responsabile dell'Ufficio di Piano su richiesta scritta presentata al case manager, da parte dell'interessato o di un suo familiare, specificando il periodo e le motivazioni. Le ore provvisoriamente rese disponibili verranno attribuite temporaneamente ad altro utente.

Cinque giorni prima dello scadere del termine prefissato, l'utente o un suo familiare è tenuto a comunicare l'intenzione di riprendere il servizio ovvero la rinuncia definitiva.

Il case manager segnala in entrambe le situazioni l'evenienza sopraggiunta al Responsabile dell'Ufficio di piano per la trasmissione delle informazioni al responsabile operativo del servizio, al fine di adeguare i piani di lavoro del personale.

Art. 16 Verifiche e controlli

Il Responsabile dell'Ufficio di piano dell'Ambito territoriale predispone attraverso gli uffici di servizio sociale dei Comuni dell'Ambito territoriale verifiche e controlli al fine di accertare la veridicità delle dichiarazioni rese dall'utente e delle certificazioni e documentazioni da questi presentate. Qualora venga accertata la non veridicità delle dichiarazioni rese, fatte



necessarie procedure di legge, l'utente decadrà automaticamente dai benefici concessigli: interruzione del servizio con l'obbligo di pagare i mesi arretrati di erogazione del servizio calcolati alla tariffa oraria massima prevista.

Art. 17 Rapporto tra il personale ed i destinatari del servizio

I rapporti tra il personale, gli utenti e i loro familiari devono essere improntati al massimo rispetto reciproco, esprimersi nelle forme di un comportamento rispettoso della dignità delle persone e svolgersi in un clima di serena e cordiale collaborazione.

Art. 18 Diritti e doveri dell'utenza

Per un ottimale svolgimento del servizio si precisa quanto segue:

- l'utente deve confermare, contestualmente all'attivazione del servizio, le prestazioni previste, le modalità di erogazione delle stesse, la quota di compartecipazione assegnatagli, firmando un apposito modulo;
- l'utente ha l'obbligo di comunicare, secondo i tempi e le modalità definite nel presente Disciplinare, l'assenza temporanea dal suo domicilio e il suo rientro;
- è fatto divieto all'utente di richiedere agli operatori addetti al servizio prestazioni diverse da quelle risultanti dal PAI, nonché prestazioni a pagamento;
- è fatto divieto all'utente richiedere informazioni sugli utenti del servizio né porre in atto comparazioni con altre situazioni;
- è prevista la sostituzione dell'operatore domiciliare su richiesta scritta e motivata dell'utente.

L'utente e i suoi familiari nulla devono al servizio ed al personale ad esso preposto se non il pagamento, qualora previsto, della quota di compartecipazione alla spesa.

I soggetti tenuti agli alimenti di cui all'art. 433 C.C., anche se non conviventi, sono tenuti a rispondere ai loro obblighi e responsabilità di sostegno e tutela nei confronti dell'utente in tutte le situazioni che ne richiedano l'intervento. Il Responsabile dell'Ufficio di piano, su comunicazione scritta dell'assistente sociale responsabile del caso, segnala agli organismi giudiziari competenti eventuali situazioni e comportamenti non coerenti con gli obblighi di cui sopra.

Art. 19 Personale del servizio

Il personale impiegato nel servizio deve essere in possesso dei requisiti professionali previsti dal regolamento Regionale 4/2007 e s.m.i.. Il modello operativo è improntato al lavoro di équipe composta da personale socio-assistenziale e sanitario in grado di fornire prestazioni socio-assistenziali e sanitarie in forma integrata presso il domicilio dell'utente. Il personale impiegato deve operare, nel rispetto della normativa sulla privacy, astenendosi dal fornire informazioni sugli utenti.

Fanno parte dell'équipe le seguenti figure:

- assistenti sociali;
- operatori socio-sanitari (OSS);
- operatori domiciliari addetti al welfare leggero;
- infermieri;
- terapisti della riabilitazione;
- personale medico.

L'attività di ciascun operatore deve essere adeguatamente documentata - elenco nominativo degli utenti assistiti, delle ore e prestazioni effettuate per ciascuno di essi - sulla base delle indicazioni e della modulistica concordata con l'Ufficio di piano dell'Ambito territoriale (scheda giornaliera di servizio). L'Ambito territoriale promuove e valorizza la collaborazione con le Associazioni di



volontariato e di promozione sociale nella gestione del servizio, al fine di meglio aderire ai bisogni dell'utenza. Tale collaborazione, formalizzata da apposite convenzioni, così come previsto dal Reg. Reg.4/2007 es.m.i., dovrà limitarsi ad attività di welfare leggero nel rispetto delle procedure e delle indicazioni normative e regolamentari vigenti.

Art. 20 Reclami e suggerimenti

I cittadini possono presentare reclami in merito alla gestione del servizio e proposte di miglioramento direttamente al Presidente del Coordinamento Istituzionale (Sindaco del Comune di Canosa) che attiva il Responsabile dell'Ufficio di piano al fine di accertare la fondatezza dei rilevamenti e attivare tutte le misure e gli atti diretti a rimuovere le cause del disservizio.

I reclami e le proposte migliorative possono essere presentati oltre che dal diretto interessato e/o dai suoi familiari anche dai Patronati, Sindacati, Associazioni di tutela e rappresentanza dei cittadini - utenti.

Art. 21 Contratto d'utenza

Le norme contenute nel presente Disciplinare costituiscono condizioni contrattuali generali del servizio e devono essere portate a conoscenza dell'utente sin dal momento della presentazione della domanda di accesso e da questi approvate per iscritto al momento dell'accesso al servizio. Tale accettazione va formalizzata su apposito modulo che costituisce, a tutti gli effetti di legge, Contratto d'utenza ai sensi delle vigenti normative. Copia di tutta la documentazione inerente il contratto d'utenza deve essere trasmessa all'utente del servizio.

Art. 22 Trattamento dei dati personali

In base a quanto sancito dalla normativa vigente i dati e le informazioni personali sono soggetti alla riservatezza e al segreto; sono trattenuti e trattati dal personale preposto esclusivamente per fini istituzionali, previa autorizzazione dei diretti interessati che avviene all'atto della domanda di ammissione al servizio.

Art. 22 Convenzioni e incarichi

Il presente Disciplinare deve essere applicato anche da enti, istituzioni o organizzazioni che collaborano con l'Ambito territoriale e le Amministrazioni comunali, a fronte di incarichi, contratti, convenzioni di affidamento e gestione di servizi.

Art. 23 Entrata in vigore - norme finali

Il presente Disciplinare entra in vigore a decorrere dalla data di esecutività del provvedimento che lo ha approvato ed ha validità per l'intero triennio di riferimento del Piano sociale di zona. Del suo contenuto sono informati tempestivamente tutti gli utenti, attuali e potenziali, del servizio sia mediante comunicazioni scritte che mediante pubblicazione sul sito web del Comune capofila che degli altri comuni dell'Ambito territoriale.

Per quanto non espressamente previsto nel presente Disciplinare, si rimanda alle vigenti disposizioni normative e regolamentari in merito.

