



**SOCIETA' DELLA SALUTE  
DELLA VALDICHIANA SENESE**

Comuni di Cetona, Chianciano Terme, Chiusi, Montepulciano,  
Pienza, San Casciano dei Bagni, Sarteano, Sinalunga, Torrita di Siena, Trequanda  
**Sede legale:** Piazza Grande n. 1 - 53045 Montepulciano (SI)



**Regolamento unico di accesso  
ai servizi sociali e socio-sanitari  
della Società della Salute Valdichiana Senese**

Approvato con Del. Assemblea dei Soci n. 12 del 28.02.2017

## INDICE

REGOLAMENTO UNICO DI ACCESSO AI SERVIZI.....	4
Art. 1 – Oggetto.....	4
Art. 2 – Principi generali.....	4
Art. 3 – Principi ispiratori.....	5
Art. 4 – Finalità dei servizi sociali.....	6
Art. 5 – Livelli di Assistenza.....	6
Art. 6 – Destinatari.....	6
Art. 7 – Priorità di accesso.....	7
Art. 8 – Segnalazione e valutazione del bisogno.....	8
Art. 9 – Progetto assistenziale individualizzato (PAI).....	9
Art. 10 – Graduatorie .....	10
Art. 11 – Disposizioni Attuative.....	10
Art. 12 – Controlli e verifiche.....	10
Art. 13 – I rapporti con il cittadino.....	11
Art. 14 – Carta dei servizi.....	12
Art. 15 – Sistema informativo degli assistiti e delle prestazioni.....	12
SERVIZI ED INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI.....	13
Art. 16 – Interventi e servizi a sostegno dell'autonomia e della domiciliarità.....	13
Art. 17 – Interventi di consulenza e segretariato sociale.....	13
Art. 18 – Interventi di servizio sociale professionale.....	14
Art. 19 – Interventi di sostegno economico.....	14
Art. 20 – Interventi a favore di indigenti di passaggio.....	15
Art. 21 – Servizi domiciliari e di supporto alla domiciliarità.....	16
Art. 22 – Sostegno socio-educativo domiciliare.....	17
Art. 23 – Incontri protetti.....	18
Art. 24 – Affidamento familiare.....	18
Art. 25 – Servizi residenziali.....	18
Art. 26 – Inserimenti socio-terapeutici.....	20
Art. 27 – Trasporti sociali.....	20
Art. 28 – Attività ludiche/riabilitative per minori disabili.....	20
SERVIZI ED INTERVENTI SOCIO – SANITARI.....	22
Art. 29 – Oggetto.....	22
Art. 30 – Principi.....	22
Art. 31 – AREA DISABILITA'.....	23
Art. 32 – Valutazione multidimensionale.....	24

Art. 33 – Assistenza domiciliare integrata (ADI).....	24
Art. 34 – Sostegno socioeducativo domiciliare per minori e adulti con disabilità.....	25
Art. 35 – Progetto Vita indipendente.....	26
Art. 36 – Centri diurni di socializzazione per disabili in condizioni di gravità.....	27
Art. 37 – Servizi residenziali .....	27
Art. 38 – AREA ANZIANI .....	28
Art. 39 – Segnalazione bisogno .....	28
Art. 40 – Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP).....	27
Art. 41 – .Valutazione multidimensionale.....	29
Art. 42 – Isogravità e isorisorse per anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti.....	30
Art. 43 –.Monitoraggio e verifica risultati.....	30
Art. 44 – .Assistenza domiciliare integrata (ADI).....	30
Art. 45 -Assegnazioni economiche per il sostegno alla domiciliarità.....	31
Art. 46 –Centri diurni per anziani non autosufficienti.....	32
Art. 47 – .Servizi residenziali a supporto della domiciliarità.....	32
Art. 48 – Strutture residenziali per anziani non autosufficienti.....	33
Art. 49 – .Compartecipazione ricoveri permanenti.....	35
Art. 50 – .Rivalsa sui beni immobili del ricoverato in caso di insufficienza delle risorse a coprire la quota sociale della retta nelle strutture residenziali nel caso di ricoveri permanenti.....	35
Art. 51 – Modalità rinuncia inserimento in RSA.....	36
Art. 52 – Norma finale.....	36

## REGOLAMENTO UNICO DI ACCESSO AI SERVIZI

### Art. 1 - Oggetto

1 - Il presente regolamento disciplina i principi generali e le finalità cui si conforma il sistema integrato dei servizi della Società della Salute Valdichiana Senese, di seguito SdS, articolandolo nelle aree d'intervento: area socio-assistenziale e area socio-sanitaria.

2 - Disciplina altresì i requisiti generali di accesso e di ammissione alle prestazioni socio-assistenziali e socio-sanitarie nel rispetto della normativa nazionale e regionale di riferimento. In conformità con i principi fondamentali della Costituzione, della L. 328/00, della L.R. 41/05 e s.m.i., degli altri atti successivi e collegati, erogate nei limiti delle risorse disponibili, dai Comuni, dall'Azienda USL Toscana Sud Est e dalla SdS.

3 - Per interventi e servizi si intendono tutte le attività relative alla predisposizione ed alla erogazione di servizi, gratuiti e parzialmente o completamente a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona incontra nel corso della vita, escluse quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello esclusivamente sanitario, nonché le funzioni assicurate in sede di amministrazione della giustizia.

### Art. 2 - Principi generali

Il presente regolamento è emanato:

- nello spirito dei principi fondamentali sanciti dalla Costituzione della Repubblica Italiana agli articoli 2, 3, 4 e 5 e dei diritti e doveri dei cittadini riconosciuti nei successivi articoli 30, 31, 34 e 38;
- nel quadro dei compiti previsti dal D.P.R. n. 616/1977, delle funzioni attribuite dal D. Lgs n. 112/1998 e delle attività individuate dalla L. n. 328/2000 e nella LR n. 41/2005 e s.m.i. e DPCM 159/2013 e s.m.i.;
- secondo le modalità previste dalla vigente normativa nazionale e regionale in ambito sociale e dall'ordinamento degli enti locali;
- in base ai principi generali dello Statuto della SdS.

I procedimenti amministrativi in materia di interventi e servizi sociali si attuano secondo i principi della efficacia, efficienza, economicità, omogeneità, coperture finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione.

### ART. 3 - Principi ispiratori

1 - La SdS determina, tramite i propri atti e strumenti di programmazione previsti dalla normativa regionale, gli obiettivi di sviluppo dei servizi nella zona, sulla base delle indicazioni del Piano Integrato di Salute, di seguito PIS, del Piano di Inclusione Sociale, di seguito PIZ, e del Piano Sanitario Sociale Integrato Regionale

2 - Il sistema è fondato sui principi di universalità, sussidiarietà, imparzialità, garanzia dell'uguaglianza, delle pari opportunità rispetto a condizioni sociali e stati di bisogno differenti, valorizzazione della differenza di genere, equità, selettività e non discriminazione. In particolare è garantita la parità di trattamento in relazione alle specifiche condizioni personali e sociali del destinatario. I comportamenti dei soggetti e degli operatori si attengono a tali principi e ad essi si ispirano l'interpretazione e l'applicazione delle norme che regolano la materia.

3 - Per rispondere in modo organico ed efficace ai bisogni complessi ed al rapido evolversi dei bisogni dei cittadini le strutture organizzative sono improntate a criteri di flessibilità, semplificazione e trasparenza delle procedure. Esse sono altresì orientate all'integrazione ed all'uniforme trattamento dei cittadini su tutto il territorio di competenza.

4 - Il necessario collegamento delle attività, dei servizi e delle professionalità e competenze deve poter essere agito dai servizi al fine di una presa in carico globale e personalizzata. In tale direzione si ritiene di assumere l'approccio multidimensionale e multiprofessionale come metodo sistematico nella valutazione, presa in carico e accompagnamento del caso.

5 - La progettazione, intesa come modo di operare e insieme di tecniche condivise e uniformi pervade non solo l'organizzazione dei servizi, ma anche il piano di intervento personalizzato sul singolo caso in carico. Rilevazione chiara dei problemi, definizione di obiettivi generali, declinati in obiettivi sempre più specifici e realistici, certezza nell'individuazione di compiti e responsabilità, programmazione dei tempi, organizzazione di momenti di verifica, questi i pilastri su cui viene impostata la presa in carico personalizzata.

6 - L'obiettivo finale è quello di programmare politiche, di progettare e organizzare servizi ed interventi che diano la risposta più efficace ed efficiente al bisogno; è quindi fondamentale il ruolo di osservatorio sui bisogni e sulle risorse rivestito da tutti gli operatori del territorio quali sensori socio-territoriali, in grado di individuare e tempestivamente segnalare l'evoluzione dei bisogni e orientare efficacemente la distribuzione delle risorse.

7 - Altrettanto fondamentale è lo sviluppo di cultura e competenza in materia di valutazione, che a partire da attività quasi meccanicistiche di controllo e misurazione, consenta una lettura ed un'analisi dei dati per capire se e come le politiche e gli interventi hanno saputo rispondere ai problemi e realizzare gli obiettivi programmati.

8 - Il sistema integrato si impegna, nell'ambito della programmazione, a perseguire l'obiettivo di un

accomodamento ragionevole nei confronti dei bisogni del cittadino disabile.

#### **ART. 4 - Finalità dei servizi sociali**

1 - Il sistema integrato dei servizi persegue la finalità di tutelare la dignità e l'autonomia delle persone, prevenendo gli stati di bisogno e promuovendo il benessere psico-fisico, sostenendole nel superamento delle situazioni di difficoltà, tramite interventi personalizzati, concepiti nel pieno rispetto delle differenze, delle scelte e degli stili di vita espressi dai singoli.

2 - Il sistema integrato dei servizi favorisce le interazioni tra bisogno sociale, territorio e comunità che lo abita, con l'obiettivo di rafforzare la coesione sociale attraverso la prevenzione del disagio, la promozione dell'agio e la condivisione dei compiti di sostegno e di cura.

3 - In attuazione del principio di sussidiarietà, la SdS persegue la finalità di realizzare un sistema di servizi capace di integrare servizi pubblici, attività del privato sociale, delle organizzazioni non profit, della società civile, del volontariato, e delle famiglie.

#### **Art. 5 – Livelli di Assistenza**

1 - Nelle more della definizione statale e regionale dei livelli essenziali di assistenza, gli enti aderenti alla SdS assicurano ai propri cittadini i Livelli Essenziali di Assistenza Sociale di seguito LivEASS.

2 - Per LivEASS si intende un insieme di erogazioni di beni e/o servizi, appropriati ed esigibili, dimensionati per rispondere a bisogni sociali predefiniti come indifferibili, offerti al cittadino in forma essenziale, attraverso l'erogazione di servizi e prestazioni omogenei sull'intero territorio, con particolare riferimento alle modalità di accesso e di valutazione sociale del bisogno, attività di segretariato sociale e prestazioni e funzioni di servizio sociale professionale.

3 - Annualmente la SdS, attraverso i propri atti di programmazione, nel rispetto delle disposizioni statali e regionali in materia e sulle indicazioni del presente regolamento, individua i LivEASS quali diritti della cittadinanza condivisi con un patto di welfare locale definito con gli organismi, le Organizzazioni Sindacali e le associazioni rappresentative della comunità.

4 - Ulteriori interventi, finanziati o co-finanziati da parte dei soci, ed eventuali servizi delegati alla SdS da questi, vengono disciplinati in coerenza con i principi del presente regolamento sulla base degli indirizzi e delle risorse del soggetto finanziatore e/o delegante.

#### **Art. 6 - Destinatari**

1 - Il sistema integrato è universalistico. Hanno diritto di accedere ai servizi, interventi e prestazioni

disciplinati dal presente regolamento i soggetti di seguito elencati:

- cittadini residenti nel territorio di competenza della SdS o ivi domiciliate per prescrizione dell'autorità giudiziaria;
- persone che sono state inserite da uno dei soci della SdS in strutture tutelari site in altra sede;
- donne straniere in stato di gravidanza e nei sei mesi successivi al parto;
- stranieri con permesso umanitario di cui all'art. 18 del Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero;
- stranieri con permesso di soggiorno di cui all'art. n. 41 dello stesso Testo Unico;
- stranieri assistibili ai sensi dell'art. n. 2 della LRT n. 29/09;
- richiedenti asilo e rifugiati di cui al Decreto legge 30 dicembre 1989 n. 416 e s.m.i.;
- minori, italiani o stranieri, residenti o non residenti. Nel caso di minori non residenti sarà cura del Servizio Sociale prendere opportuni contatti con il Comune di residenza al fine di segnalare la situazione e/o concordare un eventuale piano di intervento.

Possono, inoltre, essere destinatari degli interventi e dei servizi disciplinati nel presente Regolamento i cittadini temporaneamente presenti sul territorio di cui all'art. 5, comma 4, della L.R. 41/05.

Gli interventi di prima assistenza riguardano la soddisfazione improcrastinabile di bisogni primari e di sussistenza e sono rivolti a soggetti in situazione di abbandono, totale deprivazione, violenza psico-fisica tale da costituire grave pregiudizio per l'incolumità, la salute e l'esistenza della persona. Tempestivamente viene fatta idonea segnalazione al servizio sociale del comune di residenza della persona assistita, per concordare le modalità di presa in carico e l'assunzione dei relativi oneri.

#### **Art. 7 - Priorità di accesso**

In considerazione della limitatezza delle risorse disponibili, l'accesso prioritario ai servizi e prestazioni è determinato nel rispetto dell'art. 7 comma 6 LR 41/05 e s.m.i.

In particolare è data precedenza ai seguenti soggetti:

- in condizione di incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per minore età o per inabilità di ordine fisico e psichico e la cui rete familiare di riferimento sia totalmente assente o inadeguata;
- sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali;
- in condizioni socio-economiche non determinate dalla propria volontà tali da rendere impossibile

il soddisfacimento dei bisogni vitali essenziali e indifferibili.

#### **Art. 8 - Segnalazione e valutazione del bisogno**

I soggetti accedono alle prestazioni del sistema integrato dei servizi attraverso la valutazione professionale del bisogno e conseguente definizione di un progetto assistenziale individualizzato, di seguito PAI, che nel caso di soggetti non autosufficienti prende il nome di PAP (progetto assistenziale personalizzato) e dei disabili di PARG (progetto abilitativo riabilitativo globale).

Il sistema è improntato a carattere di universalità e selettività; l'istruttoria tecnico professionale è orientata a valutare lo stato del bisogno del richiedente in relazione alle risorse del sistema integrato complessivamente disponibili, in modo che sia assicurata la capacità di far fronte, in ogni momento, alle situazioni di maggiore gravità e indifferibili.

Per accedere alle prestazioni di servizio sociale professionale e segretariato sociale e per una valutazione del bisogno i cittadini possono rivolgersi direttamente alle sedi dei front office presenti sul territorio, nei giorni di apertura indicati oppure tramite appuntamento.

1. La segnalazione del bisogno può pervenire anche da un familiare, dal medico di medicina generale, dal pediatra di libera scelta, dal tutore, dal curatore o dall'amministratore di sostegno, dai Punti Insieme, quali presidi per l'accesso al sistema integrato dei servizi per la non autosufficienza.
2. Nel caso in cui il servizio risulti a tutela del soggetto interessato è possibile attivare un procedimento d'ufficio.

La segnalazione del bisogno, se non si esaurisce con una immediata prestazione del segretariato sociale, avvia il procedimento di presa in carico del caso. Ne consegue un'istruttoria da parte dell'assistente sociale responsabile del caso, tale da consentire l'analisi dei bisogni e delle risorse, al fine di giungere alla definizione, condivisa con il diretto interessato, i suoi familiari ed eventuali soggetti referenti di altri servizi pubblici o privati coinvolti in un Progetto Assistenziale Individualizzato, in cui vengono definiti, tra l'altro, i servizi, le prestazioni ed interventi da erogare.

Il percorso di presa in carico di un bisogno complesso, di natura socio-sanitaria, comporta l'attivazione di una valutazione multidimensionale, a cura di apposite commissioni come successivamente definito nel regolamento.

Nei casi di cui ai numeri 1), 2), i servizi devono informare l'interessato, acquisendone il consenso qualora non ricorrano condizioni di incapacità a provvedere a se stesso.

Il responsabile del Progetto Assistenziale, effettuata la valutazione del bisogno, provvede alla definizione del percorso assistenziale personalizzato anche con l'apporto multi-professionale ed assicura l'istruttoria della procedura per mettere in atto l'intervento proposto, richiedendo la



documentazione necessaria.

#### **Art. 9 - Progetto assistenziale individualizzato (PAI)**

1 - Elementi fondamentali del percorso assistenziale sono la personalizzazione degli interventi e la presa in carico dell'individuo attraverso un progetto condiviso, in una logica di sussidiarietà.

2 - Nel progetto assistenziale individualizzato sono analizzati i bisogni segnalati ma anche quelli rilevati dall'assistente sociale responsabile del caso, sono definiti gli obiettivi generali e specifici, i tempi di realizzazione, vengono individuate e definite le risorse attivabili nella rete familiare e relazionale del soggetto, quelle fruibili nel privato sociale della rete del territorio, gli interventi pubblici idonei e disponibili, e le loro modalità di erogazione; il piano delle attività, i tempi e i modi di verifica dei risultati.

3 - Nell'elaborazione del progetto è imprescindibile la condivisione degli obiettivi e dei contenuti con la persona assistita e i suoi familiari, la valutazione di tutte le alternative possibili, propedeutica all'individuazione degli interventi più appropriati, il consenso informato al piano di intervento.

4 - Il progetto può essere definito, se necessario, con l'apporto multiprofessionale, in apposite équipe multidisciplinari nel quale ambito viene individuato sulla base del bisogno prevalente il professionista responsabile del caso (case manager/care manager).

5 - La proposta di progetto viene presentata dal responsabile del caso al responsabile della competente Unità Funzionale per l'autorizzazione della spesa e solo dopo può essere formalizzato.

6 - Il PAI riepiloga i reciproci impegni e viene sottoscritto tra la persona assistita, un eventuale familiare referente del progetto e il responsabile del caso, referente per l'ente.

7 - La conclusione del progetto per raggiungimento degli obiettivi ivi previsti comporta la dimissione fisiologica dal servizio; il mancato rispetto degli impegni assunti da parte dell'assistito può comportare la dimissione forzata dal servizio.

8 - Dalla segnalazione del bisogno alla definizione del progetto non possono decorrere più di 30

giorni; i tempi per la produzione di documentazione da parte dell'utente sospendono i termini del procedimento.

#### Art. 10 - Graduatorie

Le domande per le quali esiste una impossibilità all'attivazione immediata di un servizio verranno inserite in apposita graduatoria.

Le graduatorie, per i casi socio-sanitari, saranno predisposte in base a quanto previsto dai Regolamenti dell' UVM/GOM .

Per i servizi socio-assistenziali la graduatoria sarà redatta con modalità e criteri oggettivi e trasparenti, attraverso l'assegnazione di punteggi e priorità.

#### Art. 11 - Disposizioni Attuative

La compartecipazione al costo dei servizi, le soglie di esenzione e le soglie di accesso, se previste, sono stabilite annualmente con provvedimento della SdS, denominato "**Disposizioni Attuative**", tenendo conto dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) come definito e disciplinato dal DPCM 159/2013 e smi.

I livelli di compartecipazione sono determinati sulla base delle disposizioni regionali, del costo dei servizi, delle risorse disponibili, dei livelli di assistenza e di sostenibilità che si intendono garantire e del programma delle attività.

Le disposizioni attuative vengono approvate dagli organi esecutivi dei soggetti gestori sulla base di uno schema tipo unificato approvato dal competente organo della SdS.

In caso di servizi socio-assistenziali e sociosanitari rivolti a minori, anche per favorire l'attivazione di interventi imposti dall'autorità giudiziaria, possono essere derogate le regole sulla valutazione economica del nucleo familiare di riferimento.

Il sistema tariffario viene definito all'interno di ogni singola area di intervento, nel rispetto delle norme regionali vigenti e dei principi di equità, proporzionalità e personalizzazione.

La mancata presentazione dell' ISEE comporta la fruizione del servizio a costo totale.

#### Art. 12 - Controlli e verifiche -

I servizi hanno il compito di informare i cittadini-utenti che, nell'ambito dell'istruttoria, potranno essere effettuati controlli sulla veridicità delle dichiarazioni presentate.

Potranno essere richieste informazioni e documentazioni aggiuntive atte ad effettuare controlli a campione, qualora non sia possibile avvalersi delle informazioni in possesso degli enti consorziati. In caso di incongruenza tra dichiarazione e verifica, la SdS informerà il beneficiario dell'intervento perché possa fornire chiarimenti e/o idonea documentazione atta a dimostrare completezza e veridicità dei dati forniti, anche al fine della correzione di errori materiali.

Gli elenchi degli aventi diritto a contributi potranno essere inviati alla Guardia di Finanza competente per territorio per i controlli previsti dalle leggi vigenti.

Ferme restando le sanzioni penali previste dal T.U. n. 445/2000, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione sostitutiva, saranno instaurati procedimenti amministrativi e penali nei confronti dei dichiaranti con perdita dei benefici eventualmente acquisiti e obbligo di restituzione delle somme indebitamente percepite.

Nel caso di dichiarazioni che presentano i caratteri di uno degli illeciti richiamati dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, il fatto verrà segnalato all'Autorità Giudiziaria.

#### **Art.13 - I rapporti con il cittadino**

- I rapporti con il cittadino sono improntati al rispetto della trasparenza delle procedure, del rispetto della volontà e dei progetti di vita della persona, dell'efficacia dell'azione amministrativa e della tutela della riservatezza.

- Tutti gli utenti dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari devono essere informati sulla disponibilità delle prestazioni pubbliche e private esistenti, sui requisiti per l'accesso e sulle modalità di erogazione delle stesse.

- E' ammessa, da parte dell'interessato, istanza di revisione della valutazione e della progettazione, rivolta al responsabile apicale dell'ente gestore entro 30 giorni dalla comunicazione della medesima. Questi dovrà pronunciarsi sull'istanza di revisione entro il termine perentorio di 30 giorni dalla data di ricezione della stessa.

Gli utenti dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari devono altresì essere informati ai sensi del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di trattamento dei dati personali" relativamente a :

- finalità e modalità del trattamento dei dati personali,
- il rifiuto del loro conferimento comporta l'impossibilità di ottenere l'intervento richiesto,
- soggetti ai quali i dati possono essere comunicati e del loro ambito di diffusione,
- i diritti di cui all'articolo 7 del D.Lgs. 196/2003,
- estremi identificativi del titolare e del responsabile del trattamento dei dati personali.

#### **Art. 14 - Carta dei servizi**

Al fine di tutelare gli utenti e garantire la trasparenza nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni, la SdS adoterà la propria Carta dei Servizi.

La Carta dei Servizi della SdS, sarà esposta nei luoghi ove avviene l'erogazione delle prestazioni per consentirne la visione da parte degli utenti.

#### **Art. 15 - Sistema informativo degli assistiti e delle prestazioni**

Ai fini della costituzione di un efficace sistema informativo degli assistiti e delle prestazioni erogate, le varie fasi dell'iter di accesso e di erogazione degli interventi, sono registrate mediante apposite procedure informatiche, che siano in grado di alimentare la cartella unica dell'assistito. per la trasmissione dei flussi obbligatori verso la Regione Toscana ed i Ministeri di riferimento.

## SERVIZI ED INTERVENTI SOCIO- ASSISTENZIALI

### Art. 16 - Interventi e servizi a sostegno dell'autonomia e della domiciliarità

Allo scopo di consentire a ciascun cittadino di accedere alle prestazioni, anche di tipo economico ed ai servizi destinati a concorrere alla rimozione e al superamento delle situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona incontra nel corso della vita e volti al sostegno dell'autonomia e alla facilitazione dell'integrazione sociale, la SdS attiva le seguenti prestazioni, attività e servizi:

1. segretariato sociale
2. servizio sociale professionale
3. interventi di sostegno economico
4. interventi a favore di indigenti di passaggio
5. servizio di supporto alla domiciliarità
6. assistenza educativa domiciliare
7. incontri protetti
8. affido familiare
9. servizi residenziali
10. servizi per la disabilità

Restano esclusi dal presente Regolamento tutti quegli interventi che siano specificamente normati da apposite leggi statali e/o regionali e quelle attività per cui si ritenga opportuno riservarsi una regolamentazione di settore che non sia già contenuta nel presente Regolamento.

### Art. 17 - Interventi di consulenza e segretariato sociale

Il segretariato sociale rappresenta il primo livello essenziale di assistenza, nonché il luogo del primo accesso in cui si accoglie il cittadino che presenta uno stato di bisogno. Il segretariato è un'attività del servizio sociale professionale in cui si forniscono al cittadino le seguenti prestazioni:

- ascolto;
- informazioni sulle risorse del territorio, sui servizi, sugli enti, e i relativi requisiti, modalità e prassi per accedervi;
- consulenza;
- prima valutazione del bisogno del cittadino finalizzata all'invio al servizio sociale territoriale di competenza.

L'obiettivo del segretariato sociale è quello di garantire l'accesso informato e la fruizione appropriata e condivisa delle prestazioni e dei servizi dei soggetti della rete.

Il Segretariato Sociale viene fornito gratuitamente a tutti i cittadini.

#### **Art. 18 - Interventi di servizio sociale professionale**

Gli interventi di servizio sociale professionale sono riconducibili alle attività svolte dall'assistente sociale per la prevenzione, il sostegno e il recupero di persone, famiglie, gruppi e comunità in situazioni di bisogno e di disagio, anche promuovendo e gestendo la collaborazione con organizzazioni di volontariato e del terzo settore e migliorando il tessuto sociale e relazionale della comunità.

L'attività di servizio sociale professionale si concretizza attraverso la predisposizione, insieme all'utente, di un progetto personalizzato articolato in azioni ed interventi di valutazione, accompagnamento, consulenza e sostegno per affrontare eventi e condizioni critiche, causa di disagio ed emarginazione sociale. Comprende inoltre le attività di tutela dei diritti degli utenti in particolare delle fasce più deboli.

#### **Art. 19 - Interventi di sostegno economico**

1 - L'obiettivo primario del servizio integrato è la creazione di un sistema di protezione sociale attiva che non preveda solo interventi riparatori di assistenza e tutela, ma si proponga di rimuovere le cause del disagio e di mettere a disposizione le opportunità per un progetto di inserimento attivo della persona nella società, sostenendo e promuovendo le capacità individuali e le reti familiari. In coerenza di tale obiettivo gli interventi di sostegno economico si prefigurano come strumenti professionali del servizio sociale orientati ad attività di prevenzione, protezione e promozione nei confronti di cittadini e/o nuclei in situazioni di disagio.

2 - Di norma il contributo economico e' una prestazione finanziaria con carattere di temporaneità atta a contribuire all'autonomia della persona e/o a far fronte a situazioni di emergenza. Il ricorso a tali prestazioni deve essere limitato alle situazioni in cui non sia possibile, o risulti inappropriate, l'attivazione di altri interventi.

3 - Il contributo economico può altresì costituire un intervento volto a valorizzare ed incentivare un impegno di tipo sociale, un'attività di solidarietà (es. affido, inserimenti socio-terapeutici, ecc.) o a sostenere una scelta di vita coerente con gli obiettivi di sussidiarietà previsti nella programmazione socio-sanitaria regionale e locale (es. contributi al care giver familiare).

4 - I contributi possono assumere carattere di continuità, quando le precarie condizioni socio-economiche della persona che rendono impossibile il soddisfacimento dei bisogni primari risultano irreversibili per cause non imputabili alla volontà del soggetto; ovvero possono assumere carattere straordinario, quando sono diretti al superamento di una situazione temporanea, straordinaria, di difficoltà del nucleo e della persona.

5 - Il contributo economico in genere consiste in una somma di denaro a fondo perduto; tuttavia la necessaria personalizzazione degli interventi può consentire al responsabile del caso, d'intesa con l'utente, di definire nel Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI) una modalità diversa e più flessibile. In particolare possono essere erogati buoni per l'acquisto di beni o servizi, ovvero il contributo può essere individuato quale anticipazione a titolo di prestito sull'onore, definendo nel PAI il relativo piano di rientro.

6 - La valutazione della situazione di bisogno è di tipo sistemico, e viene effettuata in maniera complessiva, tenendo conto del contesto familiare, della rete parentale, della situazione abitativa, della situazione socio-economica ulteriore rispetto a quella documentata dall'ISEE, e del livello di autonomia e competenze.

#### **Art. 20 - Interventi a favore di indigenti di passaggio**

In favore di persone indigenti di passaggio, prive di reddito, in situazione di estrema urgenza si possono concedere i seguenti interventi:

- servizio mensa o buoni pasto limitatamente ad un pasto,
- acquisto biglietto ferroviario per consentire il rientro presso il luogo di residenza in Italia o verso la sede dell'ambasciata o consolato.

L'intervento può essere erogato, di norma, una sola volta all'anno.

Tali interventi saranno attivati solo dietro proposta dell'assistente sociale che, attraverso un primo intervento di pronta accoglienza verificherà le condizioni di estrema urgenza, della necessità di

intervento indifferibile, provvederà a comunicare alle forze dell'ordine la presenza dell'indigente di passaggio fornendo loro tutte le generalità. Si provvederà a dare comunicazione dell'avvenuto intervento di emergenza al Comune di residenza dell'utente.

#### **Art. 21 - Servizi domiciliari e di supporto alla domiciliarità**

Sono finalizzati a favorire: la permanenza della persona nel proprio domicilio, il benessere e la salute complessiva dell'intero nucleo familiare garantendo il soddisfacimento di esigenze personali, domestiche, relazionali, educative alle persone in temporaneo o permanente stato di fragilità, di dipendenza, di emarginazione o di non autosufficienza; sono legati alla definizione del progetto assistenziale personalizzato.

In particolare si rivolgono ad:

- anziani e adulti parzialmente autosufficienti in grado di abitare da soli;
- anziani in condizione di non-autosufficienza affetti da patologie assistibili a domicilio;
- minori e adulti portatori di handicap, invalidi a rischio di istituzionalizzazione;
- minori inseriti in famiglie fragili o multiproblematiche.

Le prestazioni offerte dai servizi domiciliari sono le seguenti:

- a) interventi di aiuto diretto alla persona (bagno settimanale; aiuto nell'alzarsi dal letto; vestizione; prestazioni igienico sanitarie; assunzione dei pasti; mobilizzazione; igiene personale; accompagnamento per visite mediche);
- b) cura e governo della casa (igiene dell'alloggio; cambio e lavaggio biancheria; preparazione dei pasti; aiuto negli acquisti di generi alimentari);
- c) consegna pasti al domicilio;
- d) supporto alla persona, controllo sulla situazione personale e familiare;
- e) aiuto nel favorire l'autonomia e la socializzazione (accompagnamento dell'utente presso strutture sociali, sanitarie, religiose, ecc. per favorire le relazioni sociali, commissioni esterne, coinvolgimento di amici, familiari e vicini, pasti a domicilio, servizio di lavanderia, sostegno alla famiglia con minori a rischio di disagio).

Il servizio deve essere considerato temporaneo e deve essere sottoposto a verifiche, secondo tempi e modalità previste nel progetto assistenziale individualizzato sottoscritto dall'utente e indicati nell' articolo 9.

Nel caso in cui non ci siano risorse sufficienti per una attivazione immediata del servizio, l'utente sarà inserito in una graduatoria dando priorità ai seguenti elementi:

- a) situazione familiare;



- b) gravità della condizione socio-assistenziale;
- c) situazione economica.

#### **Art. 22 – Sostegno socio-educativo domiciliare**

Il servizio di sostegno socio-educativo domiciliare è rivolto a nuclei familiari con minori. Si tratta di prestazioni di natura socio-educativa che vengono assicurate al domicilio o nei luoghi individuati nel progetto assistenziale personalizzato a famiglie in situazione di disagio socio-relazionale dove sono presenti uno o più minori che esprimono un disagio o sono a rischio di devianza sociale e/o psicopatologica.

Tali prestazioni perseguono obiettivi sia di prevenzione che di sostegno diretto al minore ed alla famiglia al fine di salvaguardare la qualità del rapporto tra genitori e figli e con l'obiettivo di rafforzare il legame tra le figure parentali a supporto delle funzioni genitoriali. È quindi un intervento mirato al minore e al suo nucleo familiare, inteso non come unità isolata, ma come insieme di soggetti appartenenti a sistemi di relazione. In considerazione di ciò si caratterizza come intervento di rete volto a:

- riattivare la comunicazione e le relazioni interpersonali;
  - facilitare il riconoscimento dei bisogni/problemi dei minori da parte dei familiari;
  - prevenire il ricorso all'istituzionalizzazione e/o facilitare il rientro dei minori in famiglia.
- Il sostegno educativo si esplica mediante l'intervento a domicilio di un educatore professionale il quale, nell'ambito del Progetto educativo Individuale assicura le seguenti prestazioni:
- interventi di supporto alla famiglia nei suoi compiti educativi e di cura;
  - interventi rivolti direttamente al minore con l'obiettivo di favorire lo sviluppo personale, i rapporti familiari e sociali;
  - attività finalizzate all'acquisizione dell'autonomia nella cura della persona;
  - attività volte a favorire un corretto inserimento sociale;
  - accompagnamento a centri di terapia, culturali, sedi sportive e formative.
- Hanno priorità di attivazione, in ordine, i seguenti interventi:
- gli incontri protetti richiesti dall'Autorità giudiziaria di cui al successivo art.23;
  - i Progetti Educativi Individuali con mandato e supervisione del Tribunale per i Minori;
  - l'osservazione del minore nell'ambito dell'indagine socio-familiare richiesta dal Tribunale per i Minorenni;

- gli incontri protetti su valutazione e richiesta del servizio sociale;
- i Progetti Educativi Individuali attivati su valutazione e richiesta del servizio sociale;
- l'osservazione del minore e/o delle dinamiche familiari su richiesta del Servizio Sociale;
- interventi di prevenzione rivolti prevalentemente a favorire positive esperienze di socializzazione e di crescita dei minori.

Non è prevista quota di compartecipazione al costo del servizio.

#### **Art. 23 - Incontri protetti**

Si attivano su disposizione dell'Autorità Giudiziaria e su segnalazione scritta del Servizio Sociale si collocano all'interno di un progetto individualizzato e ed in alcuni casi è prevista la collaborazione dei servizi consultoriali. Qualora le segnalazioni superino le disponibilità verrà redatta una lista di attesa.

#### **Art. 24 - Affidamento familiare**

Nell'ambito della tutela dei minori e del sostegno alle responsabilità familiari l'affido familiare garantisce ai bambini ed ai ragazzi che si trovano momentaneamente in una situazione familiare pregiudizievole, l'accoglienza e la cura presso una famiglia affidataria. Le forme di affido sono disciplinate dalla Legge 184/83 modificata dalla L. 149/01 L'affidamento familiare si caratterizza come un intervento di tutela del minore che si attiva, su segnalazione del Servizio Sociale, a seguito di un provvedimento amministrativo dell'autorità giudiziaria (Tribunale per i Minorenni) in caso di procedura giudiziale, o di un decreto del Giudice Tutelare, in caso di affidamento consensuale.

L'affidamento familiare si differenzia per la tipologia di nucleo familiare affidatario e per la tipologia temporale.

Nel primo caso si può distinguere fra affidamento a parenti e affidamento a nucleo esterno.

Nel secondo caso fra affidamento a tempo pieno e affidamento part-time (solo per alcune ore giornaliere o per alcuni giorni la settimana).

## Art. 25 - Servizi residenziali

La SdS si pone l'obiettivo prioritario di garantire il più possibile la permanenza delle persone nel proprio ambiente familiare e sociale, attivando strategie di intervento che connettano tutte le risorse istituzionali e informali presenti sul territorio. L'inserimento di cittadini in servizi residenziali avviene secondo il principio della sussidiarietà e deve rappresentare l'unica modalità per assicurare l'adeguata tutela al minore ovvero l'adeguata assistenza all'anziano o alla persona disabile che si trovi in stato di necessità. L'inserimento in strutture residenziali può essere stabilito solo nei confronti di coloro che, a seguito di fatti morbosi, situazioni di grave disagio e a processi di invecchiamento, non sono in grado, nonostante la presenza di servizi territoriali e dopo aver esperito ogni tentativo di attuare forme assistenziali alternative, di provvedere a se stessi, se non con l'aiuto di altre persone.

### A) Servizi residenziali per minori

L'inserimento di minori in struttura in regime residenziale/semiresidenziale costituisce una soluzione eccezionale e temporanea e si attua: in esecuzione di provvedimento dell'Autorità Giudiziaria, nei casi di urgenza e in via provvisoria in attesa di ratifica da parte del Tribunale per i Minorenni, secondo quanto disposto dall'art. 403 del Codice Civile o a seguito di un progetto condiviso fra i familiari o esercenti la responsabilità genitoriale ed i Servizi Sociali .

L'accesso alla struttura è di norma subordinato alla presentazione di una approfondita e analitica relazione sul caso redatta dall'assistente sociale ed integrata, ove possibile, da contributi di ulteriori figure professionali operanti nei servizi socio-sanitari.

Nei casi in cui ne ravvisi l'opportunità, l'assistente sociale può segnalare all'autorità giudiziaria la necessità o possibilità che la famiglia compartecipi alle spese di ricovero.

### B) Servizi residenziali per adulti, anziani e disabili

Possono fruire degli interventi residenziali di cui al presente regolamento i seguenti soggetti:

1. anziani ultrasessantacinquenni autosufficienti;
2. adulti inabili e/o in situazione di fragilità psico-fisica che vertano in particolari situazioni di disagio e solitudine;
3. soggetti adulti portatori di handicap riconosciuti ai sensi della Legge 104/92.

Il servizio di accoglienza abitativa offre ospitalità ed assistenza, occasioni di vita comunitaria. In

relazione al tipo di utenza, fornisce aiuto nelle attività quotidiane, stimola le possibilità di attività occupazionali e ricreativo-culturali, di mantenimento e riattivazione.

Il cittadino è tenuto ad informare il Comune di residenza la SdS preventivamente al ricovero circa la volontà di inserimento in struttura (art 6 della L. 328/2000) in caso contrario non si determineranno oneri di spesa a carico del Comune di residenza. Il Servizio Sociale della SdS prima del ricovero valuterà il bisogno della persona, ed elaborerà il Progetto Assistenziale Individualizzato.

La prestazione verrà comunque erogata nell'ambito delle risorse disponibili dell'ente.

Il ricoverato provvede al pagamento della quota sociale della retta. In caso di insufficienza di risorse, l'assistito o chi ne esercita la tutela giuridica, presenta istanza di contributo integrativo su apposito modulo predisposto dall'ente, allegando l'attestazione ISEE, in corso di validità. Per il calcolo del contributo effettivo si fa riferimento al valore della quota annua della struttura individuata e dell'ISEE della persona, calcolato laddove possibile in base all'art. 6 comma 3 del DPCM 159/13, nei limiti delle risorse disponibili dell'ente.

#### **Art. 26 - Inserimenti socio-terapeutici**

Al fine di facilitare e sostenere il percorso d'integrazione sociale sono attivate convenzioni tra gli Enti pubblici e privati per consentire l'inserimento dei soggetti di seguito individuati in ambienti di lavoro protetti. Possono accedere a tali percorsi i cittadini in situazione di disagio sociale, portatori di handicap, persone dipendenti da sostanze stupefacenti e/o alcool e persone con disagio psichico non in grado di sostenere una normale attività lavorativa.

L'intervento viene definito dai rispettivi gruppi interdisciplinari ed inserito nei Piani Terapeutici Individualizzati. In alcuni casi e qualora previsto nel piano terapeutico può essere erogato un incentivo economico, la cui entità verrà stabilita annualmente nelle disposizioni attuative.

#### **Art. 27 - Trasporti sociali**

La SdS assicura, entro i limiti degli stanziamenti economici approvati annualmente, il servizio di trasporto sociale a favore di utenti impossibilitati all'utilizzo autonomo dei mezzi pubblici.

In particolare il servizio è rivolto a:

- utenti disabili per la frequenza dei centri diurni;
- utenti anziani per la frequenza dei centri diurni.

La SdS può stabilire annualmente una quota di compartecipazione al servizio di trasporto per tutte o alcune specifiche categorie di utenti.

#### **Art. 28 - Attività ludiche/riabilitative per minori disabili**

1. Le attività di socializzazione per disabili, con valenza relazionale, socio-riabilitativa e non sanitaria (sportive, ricreative, culturali e di tempo libero con soggetti convenzionati) promuovono interventi di sostegno e processi di autonomia e di integrazione sociale finalizzate anche a contrastare il fenomeno dell'emarginazione.

2. Di norma, possono accedere alle attività di socializzazione i soggetti con handicap accertato ai sensi della L. n. 104/92, art. 3, comma 3. Il Gruppo operativo multidisciplinare (GOM) competente, nella redazione del Piano Abilitativo Riabilitativo Globale (PARG) può prevedere, a seguito di motivata valutazione, l'accesso alle attività di socializzazione anche per soggetti portatori di handicap non in gravità.

3. Il Piano Abilitativo Riabilitativo Globale (PARG) dovrà far parte integrante e sostanziale del Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI).

Il servizio viene erogato gratuitamente. E' prevista a carico dei familiari la quota assicurativa da corrispondere direttamente all'erogatore dell'attività ed il trasporto presso il luogo in cui si svolge l'attività.

## SERVIZI ED INTERVENTI SOCIO-SANITARI

### Art. 29 - Oggetto

In osservanza delle disposizioni normative nazionali, regionali e regolamentari vigenti e nel rispetto del principio di universalità dell'accesso alle prestazioni vengono disciplinate modalità uniformi per tutta la SdS per l'erogazione di prestazioni sociosanitarie a favore di anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti e disabili in condizione di gravità.

Vengono definiti nelle disposizioni attuative di cui all'art. 11:

1 - I criteri di accesso, priorità e precedenza ai servizi, prestazioni, interventi previsti dall'art. 7 LR 66/08 rivolti ad anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti e a persone disabili in condizione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della L. n° 104/1992 (Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate), sono definiti nel Progetto Assistenziale Personalizzato, di seguito P.A.P., o nel Piano Abilitativo Riabilitativo Globale, di seguito P.A.R.G..

2 - I criteri di compartecipazione al costo delle prestazioni di cui all'art. 7 LR 66/08 nei confronti dei soggetti di cui all'art. 8 della LR 66/08.

3 - I protocolli operativi sui percorsi e le procedure di dettaglio sono approvati con apposito atto dirigenziale.

### Art. 30 - Principi

1 - Il supporto al domicilio dell'anziano non autosufficiente e del disabile in condizione di gravità è individuato quale scelta prioritaria che le istituzioni intendono privilegiare, valorizzando il rispetto dei legami familiari, dell'ambiente e del contesto di vita dello stesso.

2 - Nel rispetto del principio di sussidiarietà le finalità degli interventi di supporto alla non autosufficienza e disabilità grave sono quelle di assistere la persona che versa in condizioni di bisogno, e contestualmente sostenere la famiglia che cura in base alle proprie capacità e risorse, intervenendo sia con forme di sostegno e conciliazione, sia con forme di vera e propria sostituzione.

3 - Gli interventi possono essere erogati in forma diretta o indiretta.

4 - I percorsi e gli interventi sulla persona devono essere progettati in maniera personalizzata. Con la personalizzazione della progettazione si intende individuare il percorso più efficace ed appropriato per la persona utilizzando al meglio le risorse disponibili.

5 - La valutazione dei bisogni, e la definizione dei percorsi più appropriati vengono affrontati in maniera multidimensionale, nel rispetto della dignità della persona e della famiglia, dei loro bisogni e dei loro progetti di vita e delle norme sul trattamento dei dati personali di cui al D.Lgs. 196/03 e s.m.i.

6 - L'attività deve essere improntata alla flessibilità organizzativa e progettuale, funzionale all'efficienza, efficacia ed economicità, nei limiti delle risorse disponibili.

7 - Le regole e le procedure devono rispettare il principio di economicità dei procedimenti e la massima riduzione possibile degli oneri amministrativi.

#### **Art. 31 – AREA DISABILITA'**

Il sistema di accesso alle risorse destinate alle persone disabili, l'identificazione dei soggetti ed i relativi ruoli e responsabilità, sono definiti dalle normative regionali di riferimento. Il Gruppo Operativo Multifunzionale, di seguito G.O.M., è l'espressione operativa del Gruppo Operativo Interdisciplinare Funzionale (di seguito G.O.I.F.). Il GOIF ha come principali compiti indicati dalla normativa regionale quelli di programmare ed elaborare complessivamente l'impostazione degli interventi abilitativi; di coordinare le attività di settore del livello zonale e distrettuale; e di verificare, mediante l'analisi e la valutazione dei dati rilevati, il rispetto delle procedure e l'efficacia e l'efficienza degli interventi attuati.

Il GOM assicura la presa in carico della persona con disabilità, garantendo il coordinamento fra i vari servizi e la necessaria unitarietà dell'intervento; attiva il Piano abilitativo Riabilitativo Globale (PARG), la diagnosi funzionale e i piani individuali d'intervento, curandone l'evoluzione e la verifica; assicura continuità del percorso assistenziale attraverso l'individuazione di specifica responsabilità degli operatori. Nel G.O.M. devono essere assicurate le competenze professionali di: Neuropsichiatria Infantile, Neurologia, Psichiatria, Medicina e Pediatria di base, Psicologia, Riabilitazione funzionale, Assistenza Sociale in relazione ai singoli casi. Altre professionalità possono essere chiamate ad assicurare la necessaria consulenza, a seconda della patologia

specifica da trattare.

Il Responsabile del caso, è la figura professionale che segue il caso durante l'attuazione del PARG, ne monitora la rispondenza al bisogno e segnala l'eventuale necessità di rivalutazione e ri-progettazione. Il responsabile del caso viene individuato dal GOM tra le figure professionali di riferimento sulla base del bisogno prevalente della persona.

#### **Art. 32 – Valutazione multidimensionale**

Per la valutazione del cittadino al quale sia stato riconosciuto un bisogno complesso, ogni componente del GOM si avvale degli strumenti di rilevazione e valutazione del bisogno della propria area professionale.

I risultati delle valutazioni, sono condivisi in seduta di commissione GOM, ai fini della loro lettura integrata multidimensionale e della definizione del PARG.

Il PARG (per i disabili in condizione di gravità) viene predisposto d'intesa tra il diretto interessato o il suo legale rappresentante, la sua famiglia e i componenti del GOM.

Nel progetto vengono analizzati i bisogni rilevati, sono definiti gli obiettivi (assistenziali, terapeutico-riabilitativi, educativi, socio-relazionali, ecc) i tempi di realizzazione, le prestazioni erogabili in relazione alle risorse, anche territoriali, disponibili, le modalità di erogazione, i tempi di verifica del/dei servizi, gli indicatori di efficacia e di risultato ed infine il costo complessivo e, laddove prevista, la compartecipazione a carico dell'utente, nel rispetto dei principi di cui agli artt. 49 e seguenti. Il Progetto si perfeziona mediante la sottoscrizione tra le parti presenti alla seduta.

Avverso alle decisioni del GOM è possibile proporre ricorso al Direttore della Società della Salute che si pronuncia entro 30 giorni dal ricevimento. Il Direttore della Società della Salute nell'eventuale valutazione sul merito, può avvalersi dei responsabili delle singole professionalità coinvolte nella commissione.

#### **Art. 33 - Assistenza domiciliare integrata (ADI)**

L'Assistenza domiciliare integrata, di seguito ADI, è un complesso di prestazioni socio-assistenziali (igiene alla persona, igiene degli ambienti, preparazione e somministrazione pasti, mobilitazione ed aiuto alla deambulazione, socializzazione, stimolo al mantenimento delle capacità residue, ecc.) e sanitarie (mediche, infermieristiche e riabilitative) prestate al domicilio della persona disabile, per evitare ricoveri impropri e mantenere il paziente nel suo ambiente di vita ed in particolare:



- a) al malato con patologia cronico-degenerativa;
- b) alla persona affetta da disabilità di cui alla L. 104/92;
- c) alla persona affetta da patologie invalidanti, da gravi fratture o incidenti vascolari acuti, in dimissioni protette da strutture ospedaliere.

Il servizio deve essere considerato temporaneo e deve essere sottoposto a verifiche, secondo tempi e modalità previste nel PARG.

L'accesso al servizio non è gratuito ma prevede una quota di compartecipazione a carico dell'interessato stabilita annualmente con provvedimento della Società della Salute, tenendo conto dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE), così come definito e disciplinato dal DPCM n. 159/13.

#### **Art. 34 - Sostegno socioeducativo domiciliare per minori e adulti con disabilità**

Interventi educativi individualizzati, in contesti domiciliari, di socializzazione o comunitari, con particolare riferimento a utenza con quadro clinico di autismo/disturbo generalizzato dello sviluppo. Gli interventi forniscono supporto socio- educativo all'autonomia personale e alla socializzazione e sono svolti da personale educativo qualificato.

Sono finalizzati al rafforzamento delle competenze personali e genitoriali, al sollievo e sostegno della rete familiare, alla riduzione dei comportamenti problematici nei contesti ambientali e familiari. Gli interventi possono essere strutturati in forma individuale o di piccolo gruppo con progettualità personalizzate e differenziate per fasce di età e di bisogno.

Il servizio è destinato a persone con disabilità residenti nei comuni della SdS Valdichiana in fascia di età minore o giovane/adulta, con quadro clinico di autismo/disturbo generalizzato dello sviluppo, gravi limitazioni della comunicazione e dell'autonomia sociale, rilevante impegno di accudimento da parte della famiglia.

La valutazione e predisposizione del progetto individualizzato viene effettuata in forma integrata dagli operatori sociosanitari territoriali di riferimento: servizio sociale, salute mentale infanzia adolescenza, salute mentale adulti.

La programmazione operativa e l'attivazione del servizio avviene a seguito di autorizzazione da parte delle strutture organizzativo/professionali zonali dei servizi sociali.

Prestazioni.

- sostegno ed accompagnamento per attività del tempo libero, sportive e di socializzazione;
- sostegno all'autonomia personale;
- attività di integrazione e conoscenza del territorio;

- interventi specifici sulla comunicazione e sulle problematiche comportamentali;
- progettazione educativa e supervisione;
- lavoro di rete con le associazioni territoriali sull'autismo.

Il progetto ha durata temporanea di 6/12 mesi rinnovabili, a seguito di verifiche periodiche a carattere sociosanitario, condivise con famiglia e personale educativo. Non è prevista quota di compartecipazione.

### **Art. 35 - Progetto Vita indipendente**

Il Progetto Vita indipendente ha lo scopo di sostenere il diritto alla autodeterminazione ed alla vita indipendente a persone con disabilità grave; è finalizzato a consentire pari opportunità di scelta, di integrazione sociale, di partecipazione, di autonomia personale, di vita autonoma.

La persona con disabilità, attraverso la presentazione di un proprio progetto di vita indipendente ha la possibilità di accedere ad un contributo mensile, finalizzato a sostenere i costi per l'assunzione diretta di un assistente personale, che supporti la persona nella realizzazione del proprio progetto di vita individuale, attraverso la conduzione delle principali attività quotidiane, l'esercizio delle responsabilità genitoriali, di attività lavorative, di studio o di formazione.

Il contributo è disciplinato e finanziato dalla Regione Toscana con appositi Atti di Indirizzo annuali.

#### *Destinatari*

Sono destinatari degli interventi i cittadini disabili residenti nei Comuni della SdS Zona Valdichiana Senese:

- in età superiore a 18 anni;
- in possesso della certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/92;
- con capacità di esprimere direttamente o attraverso un amministratore di sostegno, la propria volontà, che intendono realizzare il proprio progetto di vita individuale in coerenza con le finalità individuate negli Atti di Indirizzo regionale.

Si accede al contributo attraverso apposito Avviso Pubblico, predisposto secondo le modalità ed i tempi definiti annualmente negli Atti di Indirizzo della Regione Toscana.

La domanda deve essere predisposta dall'interessato, entro i termini di apertura dell'Avviso, su apposito modulo di progetto che indichi i bisogni assistenziali, i tempi e le modalità di realizzazione del progetto di vita Indipendente nei seguenti ambiti:

- cura della persona
- assistenza personale: nelle attività domestiche, sul lavoro, per lo studio, ecc
- interventi per l'accessibilità e la mobilità: accompagnamento, spostamenti, commissioni. La

valutazione sociosanitaria dei progetti redatti dagli interessati viene effettuata dall'UVM zonale integrata dalle professionalità necessarie, attraverso appositi strumenti di valutazione regionali "Scheda di presa in carico delle caratteristiche individuali, familiari ed ambientali", e successiva definizione del PAP (Progetto assistenziale personalizzato) con specifica attenzione al conseguimento di obiettivi di "Vita Indipendente".

L'esito alla valutazione produce una graduatoria, definita in base al punteggio complessivo risultante dagli indicatori previsti nella "Scheda di presa in carico delle caratteristiche individuali, familiari ed ambientali". L'erogazione del contributo avviene sulla base dell'ordine della graduatoria e delle risorse annualmente assegnate dalla Regione Toscana .

Il contributo può essere erogato fino alla misura massima di € 1.800,00 mensili.

L'importo del contributo viene stabilito in base alla richiesta dell'interessato, con riferimento agli obiettivi ed alle azioni definite nel singolo progetto alla graduatoria ed alle risorse rese disponibili dalla Regione Toscana.

L'erogazione del contributo mensile decorre dalla data di assunzione dell'assistente/i personale/i dietro presentazione del relativo contratto di lavoro.

#### **Art. 36 - Centri diurni di socializzazione per disabili in condizioni di gravità**

Il Centro di Socializzazione per persone con disabilità è un servizio territoriale a ciclo diurno rivolto a persone con disabilità psichica, fisica o plurima, che fornisce interventi integrati di carattere educativo e abilitativo per il mantenimento e lo sviluppo delle capacità residue e dei livelli di autonomia raggiunti.

Il PARG individua le modalità più appropriate e personalizzate di fruizione del servizio, potendo prevedere, tra l'altro, una frequenza a tempo parziale e a tempo determinato.

L'accesso al servizio non è gratuito ma prevede una quota di compartecipazione a carico dell'interessato stabilita annualmente con provvedimento della Società della Salute, tenendo conto dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE), così come definito e disciplinato dal DPCM n. 159/13.

#### **Art. 37 - Servizi residenziali**

Si distinguono quattro possibili forme di ricovero in strutture residenziali per disabili ( RSD e CAP ) in condizioni di gravità:

- **il ricovero temporaneo** rivolto a disabili in condizioni di gravità in attesa della disponibilità del posto definitivo laddove la permanenza a domicilio non sia più la risposta appropriata per la condizione dell'assistito. Nel caso di indifferibilità dell'intervento e indisponibilità del posto in RSD, il ricovero può essere eccezionalmente disposto in R.S.A. qualora la patologia sia compatibile.
- **Il ricovero di emergenza** destinato a disabili in condizioni di gravità assistiti a domicilio da un care giver professionale temporaneamente assente limitatamente al periodo di assenza.
- **Il ricovero di sollievo** rivolto a disabili in condizione di gravità seguiti a domicilio da un care giver familiare, al fine di dare temporaneo sollievo o consentire l'effettuazione di periodi di riposo o ferie al care giver familiare.
- **Il ricovero permanente**, riservato a disabili in condizioni di gravità non più assistibili a domicilio. Il ricovero può essere disposto anche in RSA, qualora la patologia sia compatibile con la normativa regionale vigente.

Per i ricoveri in RSA si applicano le modalità previste agli artt. 49-50-51 del presente Regolamento. Per l'accesso ai ricoveri di cui sopra il soggetto compartecipa, salvo diversa e motivata valutazione, alla quota sociale della struttura con una quota fissa giornaliera ed una quota variabile determinata sulla base dell'ISEE, secondo modalità definite nelle disposizioni attuative di cui all'art. 11.

Il costo del servizio è pari alla quota sociale della struttura scelta.

#### **Art. 38 - AREA ANZIANI**

Il sistema territoriale dei servizi sociosanitari per la non autosufficienza, strutturato in base alle disposizioni normative regionali, delinea una articolazione organizzativa strutturata su due piani tra loro fortemente coordinati e che prevede, un livello di indirizzo e di governo costituito dalla Società della Salute ed un livello di coordinamento ed operativo articolato in:

- Il Punto Unico di Accesso, la rete dei Punti Insieme, la Commissione Valutativa Multidisciplinare e il Responsabile del caso.

Le Società della Salute rappresentano il livello di governo dove si definiscono gli indirizzi di carattere generale, le priorità di intervento e le modalità di utilizzo a livello territoriale del Fondo per la Non Autosufficienza.

Il Direttore della SdS ha la responsabilità del livello di coordinamento organizzativo del sistema di accesso dei servizi territoriali, che devono assicurare al cittadino, in tempi certi e definiti, l'accesso, la valutazione e l'erogazione di prestazioni sulla base di un progetto di assistenza personalizzato.

Il PUA è supportato da uno staff dove sono presenti le figure professionali ritenute necessarie alle connesse funzioni di regia e di coordinamento e rappresenta il luogo dove, dal punto di vista operativo, professionale e gestionale, si realizza compiutamente l'integrazione socio-sanitaria.

#### Art. 39 - Segnalazione bisogno

**I Punti Insieme** garantiscono l'accoglienza e l'orientamento del cittadino, nonché la registrazione e trasmissione di tutte le informazioni utili al PUA che provvederà a segnalarle all'Unità di Valutazione Multidisciplinare per l'attivazione, da parte di quest'ultima, dell'analisi del bisogno.

Nella SdS è costituita una **Unità di Valutazione Multidisciplinare** di seguito UVM, presidio che opera per la valutazione multidimensionale del bisogno, progettazione degli interventi più appropriati al caso attraverso il Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP) e valutazione dell'efficacia degli interventi. Essa è composta da: un medico di distretto, un assistente sociale, un infermiere e di volta in volta integrata dal medico di medicina generale della persona sottoposta a valutazione. In relazione ai casi in esame è anche integrata da professionalità specialistiche e dagli operatori coinvolti nella valutazione del caso e che si ritengono necessari ai fini della definizione del progetto di assistenza personalizzato. Il PAP è condiviso con la famiglia e gestito da un responsabile appositamente nominato per la verifica periodica della sussistenza della appropriatezza delle prestazioni previste dal progetto.

#### Art. 40 - Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP)

1 - Il PAP viene predisposto d'intesa tra il diretto interessato o il suo legale rappresentante, la sua famiglia e i componenti della commissione di valutazione multidimensionale.

2 - Nel progetto vengono analizzati i bisogni rilevati, sono definiti gli obiettivi (assistenziali, terapeutico-riabilitativi, educativi, ecc) i tempi di realizzazione, le prestazioni erogabili in relazione alle risorse, anche territoriali, disponibili, le modalità di erogazione, i tempi di verifica del/dei servizio/i, gli indicatori di efficacia e di risultato. Il Progetto si perfeziona mediante la sottoscrizione tra le parti presenti alla seduta.

3 - La fase di elaborazione del PAP per anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti deve concludersi entro 30 giorni dal momento della segnalazione del bisogno presso il Punto Insieme ovvero dalla segnalazione dell'ospedale in caso di dimissione protetta.

4 - Avverso alle decisioni dell'UVM è possibile proporre ricorso al Direttore della Società della

Salute che si pronuncia entro 30 giorni dal ricevimento. Il Direttore della Società della Salute nell'eventuale valutazione sul merito, può avvalersi dei responsabili delle singole professionalità coinvolte nella commissione.

#### **Art. 41 - Valutazione multidimensionale**

Anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti.

Per la valutazione del cittadino al quale sia stato riconosciuto un bisogno complesso, l'UVM si avvale degli strumenti di rilevazione del bisogno elaborati dalla Regione Toscana.

La valutazione del bisogno avviene di norma a domicilio ad opera di operatori sociali e sanitari con l'utilizzo delle specifiche schede di rilevazione.

I risultati delle valutazioni, prodotti attraverso la compilazione delle schede, sono condivisi in seduta di commissione UVM, ai fini della loro lettura integrata multidimensionale e della definizione del livello di isogravit  e del bisogno del cittadino, in coerenza con criteri e meccanismi interpretativi condivisi dalle diverse figure professionali presenti ai fini della predisposizione del PAP.

#### **Art. 42 - Isogravit  e isorisorse per anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti**

1 - Attraverso l'utilizzo degli strumenti e dei metodi definiti a livello regionale, l'UVM colloca il soggetto valutato in un livello di Isogravit , cui corrispondono omogenei livelli di isorisorse.

2 - Nel rispetto dei principi della normativa vigente vengono garantiti i livelli massimi di isorisorse attinti dal fondo regionale per la non autosufficienza individuati dalla tabella 4, per i livelli di Isogravit  3, 4 e 5, di cui alla DGRT n  370/10.

3 - In relazione alle risorse disponibili derivanti dalla compartecipazione degli utenti, dalle risorse comunali e da altre fonti eventuali, la Societ  della Salute pu  procedere, nelle disposizioni attuative di cui all'art. 11, alla periodica integrazione di tali livelli, nonch  al finanziamento dei livelli 1 e 2 di Isogravit .

#### **Art. 43 - Monitoraggio e verifica dei risultati**

L'UVM provvede al monitoraggio periodico ed alla verifica del progetto assistenziale, direttamente o tramite l'individuazione di operatore/i territoriali, fornendo supporto all'utente e ai familiari per

quanto attiene alle problematiche connesse alla gestione delle attività di cura svolte in ambito domiciliare.

Della valutazione dell'efficacia degli interventi l'UVM rendiconta periodicamente alla SdS, anche al fine dell'orientamento all'allocazione di ulteriori risorse eventualmente disponibili.

#### **Art. 44 - Assistenza domiciliare integrata (ADI)**

L'Assistenza domiciliare integrata, di seguito ADI, è un complesso di prestazioni socio-assistenziali (igiene alla persona, igiene degli ambienti, preparazione e somministrazione pasti, mobilitazione ed aiuto alla deambulazione, socializzazione, stimolo al mantenimento delle capacità residue, ecc.) e sanitarie (mediche, infermieristiche e riabilitative) prestate al domicilio della persona non autosufficiente, anziana, per evitare ricoveri impropri e mantenere il paziente nel proprio ambiente di vita ed in particolare:

- a) all'anziano ultrasessantacinquenne, fragile, con elevato grado di disabilità e/o non autosufficienza, inserito in un contesto familiare o sociale capace di collaborare e di integrarsi con il servizio stesso;
- b) al malato con patologia cronico-degenerativa;
- c) alla persona affetta da patologie invalidanti, da gravi fratture o incidenti vascolari acuti, in dimissioni protette da strutture ospedaliere;
- d) alla persona con gravi stati comportamentali associati alla malattia di Alzheimer e alle gravi demenze senili.

Il servizio deve essere considerato temporaneo e deve essere sottoposto a verifiche, secondo tempi e modalità previste nel PAP.

E' prevista una quota di compartecipazione al costo del servizio, stabilita annualmente dalle Disposizioni Attuative di cui all'art.11, tenendo conto dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE), così come definito e disciplinato dal DPCM n. 159/13.

#### **Art. 45 - Assegnazioni economiche per il sostegno della domiciliarità**

Si considerano forme di sostegno alla domiciliarità i benefici economici a favore delle persone non autosufficienti, erogati nell'ambito del PAP dall'UVM, nei limiti delle isorisorse. Tra essi si individuano, secondo il nomenclatore regionale: il Voucher e l'Assegno di cura.

- Il Voucher è una provvidenza economica a favore di anziani non autosufficienti erogato nel

caso in cui le prestazioni siano rese da “care giver” professionali, secondo quanto previsto dalle disposizioni attuative di cui all'art. 11

- L'Assegno di cura è una forma di incentivazione economica finalizzata a garantire a soggetti anziani non autosufficienti la permanenza nel nucleo familiare o nell'ambiente di appartenenza, evitando il ricovero in strutture residenziali, attraverso l'assistenza prestata da un “care giver” familiare (di fatto o di diritto) o assistente familiare privato regolarmente assunto.

L'entità del contributo economico viene definita sulla base dell'ISEE e del livello di isogravità del bisogno definito dall' UVM secondo quanto previsto dalle disposizioni attuative di cui all'art. 11

La mancata presentazione dell'ISEE da parte dell'utente preclude l'accesso al contributo.

#### **Art. 46 - Centri diurni per anziani non autosufficienti**

**Il Centro Diurno** è un servizio semi-residenziale, a ciclo diurno, per anziani non autosufficienti, (L.R.T. n. 41/2005 art. 21 lettera i), che integra e supporta le cure familiari domiciliari fornendo interventi a carattere assistenziale e di cura ad alta integrazione socio-sanitaria

E' aperto nei giorni feriali, per tutto l'anno, dal lunedì al sabato con orario di norma dalle ore 8.00 alle ore 18.00.

Il Centro Diurno assicura le prestazioni per il soddisfacimento dei bisogni di vita quotidiana: assistenza diretta alla persona, cura della persona, attivazione funzionale;

- le prestazioni sanitarie a tutela della salute,
- le attività occupazionali e ricreative,
- il servizio alberghiero
- i servizi generali

Il PAP individua le modalità più appropriate e personalizzate di fruizione del servizio, potendo prevedere, tra l'altro, una frequenza a tempo parziale e a tempo determinato.

Il costo del servizio è pari all'importo della quota sociale delle strutture convenzionate.

L'accesso al servizio non è gratuito ma prevede una quota di compartecipazione a carico dell'interessato. In caso di insufficienza di risorse, l'assistito o chi ne esercita la tutela giuridica, presenta istanza di contributo integrativo su apposito modulo predisposto dall'ente, il valore dell'ISEE previsto dalla normativa vigente. Per il calcolo del contributo effettivo si fa riferimento al valore della quota annua della struttura individuata e dell'ISEE della persona, nei limiti delle risorse disponibili dell'ente



## Art. 47 - Servizi residenziali a supporto della domiciliarità

Il ricovero a tempo determinato è uno strumento di supporto al mantenimento dell'assistito al proprio domicilio. Il ricovero può essere temporaneo, di sollievo o di emergenza.

**1 – Ricoveri temporanei:** l'UVM può prevedere nel PAP un ricovero temporaneo nei seguenti casi:

- a) Anziano ultrasessantacinquenne non autosufficiente, privo di rete familiare e assistenziale, con livello di Isogravità da 3 a 5, e di inadeguatezza ambientale da 0 a 19:
- b) Anziano ultrasessantacinquenne non autosufficiente, seguito da un care giver professionale temporaneamente assente, limitatamente al periodo di indisponibilità del care giver per malattia, ferie, avvicendamento, e comunque non oltre 30 giorni l'anno.
- c) Anziano ultrasessantacinquenne non autosufficiente in lista d'attesa per l'inserimento permanente in RSA decorsi 90 giorni dalla segnalazione del bisogno.

**2 – Ricoveri di sollievo:** l'UVM può prevedere nel PAP un ricovero di sollievo nel caso di anziano ultrasessantacinquenne non autosufficiente con livello di isogravità 4-5, seguito a domicilio da un care giver familiare. In questa ipotesi il ricovero viene programmato a titolo di sollievo per il care giver e viene previsto per una durata massima di un mese l'anno, frazionabile in massimo 2 periodi.

Nei ricoveri temporanei di cui al comma 2 lett.a) b) e d) e di sollievo di cui al comma 2, la compartecipazione è definita nelle disposizioni attuative di cui art.11.

Il costo di riferimento del servizio è pari alla quota sociale della struttura assegnata.

### **3 – Ricoveri nucleo Alzheimer**

Il ricovero, presso il Nucleo Alzheimer ha fra le sue finalità:

- il contenimento dei sintomi di processi degenerativi, cognitivi e funzionali all'anziano affetto dalla malattia di Alzheimer;
- il sostegno alle famiglie;
- l'attivazione della circolarità degli interventi casa/struttura.

Il ricovero è temporaneo e di norma con durata massima di 90 giorni. La compartecipazione segue i criteri dei ricoveri di sollievo o dei ricoveri per urgenze/dimissioni in base a quanto stabilito nel PAP.

Nel caso di soggetti affetti da Alzheimer, da collocare nel nucleo dedicato, la graduatoria viene formulata in ordine decrescente, sommando i punteggi relativi alla gravità dei disturbi del comportamento e umore desunti dalla relativa scala ed alla valutazione dello stress del Care Giver familiare rilevata dalla C.B.I. A parità di punteggio viene valutata poi la data di segnalazione.

#### **Art. 48 - Strutture residenziali per anziani non autosufficienti**

Le strutture residenziali per persone anziane non autosufficienti, denominate Residenze Sanitarie Assistenziali, (L.R.T. n. 41/2005 art. 21 comma 1 lettera a), si caratterizzano come ambienti di vita per l'accoglienza temporanea e/o permanente di persone anziane non autosufficienti, impossibilitate a rimanere c/o il proprio domicilio, in quanto necessitano di protezione diretta ad integrare o sostituire la limitazione totale o parziale della loro capacità di autonomia. L'inserimento assicura assistenza, protezione e cure sanitarie, promuove le relazioni con i familiari gli ospiti della residenza e l'ambiente esterno, favorisce il recupero delle abilità. Le Residenze ospitano di norma persone ultra 65enni non autosufficienti e disabili gravi, accertati ai sensi della L. n.104/92, con patologie degenerative assimilabili al decadimento senile, la non autosufficienza è accertata con il protocollo di cui al decreto GRT n.1354/2010 e s.m.i.

Ai ricoveri permanenti e temporanei nel modulo base della RSA si applicano le disposizioni relative al percorso sulla libera scelta di cui alla Delibera GRT n. 995 dell'11.10.2016 *“Approvazione schema di accordo contrattuale relativo alla definizione dei rapporti giuridici ed economici fra soggetti pubblici e soggetti gestori delle strutture socio-sanitarie accreditate per l'erogazione di prestazioni a favore di anziani non autosufficienti in attuazione della DGR 398/2015.”*

L'accordo contrattuale di cui al comma precedente prevede il rilascio all'assistito, da parte dei servizi competenti, di un “titolo d'acquisto” nel quale sono indicati il corrispettivo sanitario e sociale utilizzabile per l'acquisto di specifiche prestazioni erogate da strutture accreditate ai sensi della LR 82/2009.

Qualora il titolo d'acquisto non sia immediatamente disponibile la persona viene collocata in graduatoria redatta sulla base di criteri di priorità e precedenza richiamati nelle disposizioni attuative di cui art 11: la graduatoria è compilata in ordine crescente (dal punteggio più basso a quello più alto).

La persona in possesso del PAP/PARG, avuta la comunicazione del diritto al titolo d'acquisto da parte dei servizi competenti, effettuata con le modalità concordate nel progetto, indica la struttura prescelta fra quelle accreditate, riportate nel portale regionale dell'offerta residenziale toscana e firmatarie dell'apposito accordo contrattuale, nei modi e nei tempi previsti dall'accordo medesimo.

Nell'ipotesi in cui la procedura di ammissione in R.S.A., prevista dal contratto tra le parti interessate, non sia conclusa nei tempi ivi previsti per inadempienza dell'assistito, lo stesso è da considerarsi rinunciatario.

I servizi competenti, ricevuta la comunicazione della struttura prescelta da parte dell'assistito o del suo legale rappresentante autorizzano l'ospitalità presso la stessa e concordano con gli stessi e la

struttura la data di ingresso nel rispetto dei tempi previsti dall'accordo contrattuale.

La struttura non potrà rifiutare l'inserimento di un assistito che abbia esercitato il diritto di scelta, in relazione al quale sia stato autorizzato il titolo di acquisto, compatibilmente con la disponibilità di genere nelle camere plurime.

Solo ed esclusivamente nelle ipotesi in cui l'assistito non sia in grado di operare la scelta o non siano presenti familiari o amministratori di sostegno che possano compierla per suo conto, i servizi competenti procederanno agli inserimenti garantendo la necessaria trasparenza dei meccanismi di individuazione della struttura che dovrà accogliere l'assistito.

L'assistito o il suo legale rappresentante può richiedere la mobilità del titolo di acquisto, qualora si manifestino condizioni familiari, economiche, ambientali o sanitarie tali da non consentire la permanenza nella struttura. La mobilità è accolta con provvedimento motivato dell'UVM e l'assistito è nuovamente inserito nel percorso di libera scelta.

#### **Art. 49 - Compartecipazione ricoveri permanenti**

Al fine di giungere ad una completa e compiuta realizzazione del sistema della libera scelta, la Regione Toscana ha individuato un importo massimo di riferimento su cui calcolare la compartecipazione a carico dei Comuni , fissato in € 53,50 al giorno a copertura dei costi diretti ad assicurare i servizi sufficienti ad ottenere l'accreditamento.

La Società della Salute Valdichiana Senese stabilisce, nelle disposizioni attuative di cui all'art. 11, nell'ambito della programmazione territoriale e con gli strumenti previsti, nonché tenuto conto di quanto definito al comma precedente, l'importo massimo della compartecipazione giornaliera a carico dei Comuni da applicare nei confronti dei cittadini residenti nel territorio di propria competenza.

L'anziano compartecipa, salvo diversa e motivata valutazione, alla quota sociale della struttura con una quota fissa giornaliera ed una quota variabile determinata sulla base dell'ISEE, secondo modalità previste nelle disposizioni attuative di cui all'art. 11.

La mancata presentazione dell'ISEE non preclude l'accesso e la fruizione dei servizi residenziali, ma comporta il pagamento di una quota pari all'intero corrispettivo sociale del titolo di acquisto .

Il costo del servizio è pari al corrispettivo sociale del titolo di acquisto previsto nell'accordo contrattuale di cui all'art. 45, comma 2, stipulato con la struttura scelta dall'assistito.

#### **Art. 50 - Rivalsa sui beni immobili del ricoverato in caso di insufficienza delle risorse a coprire la quota sociale della retta nelle strutture residenziali nel caso di ricoveri**

## permanenti

Qualora il ricoverato sia proprietario di immobili è prevista l'integrazione al pagamento esclusivamente secondo le seguenti modalità:

Nel caso in cui l'immobile sia di proprietà del ricoverato e rimanga libero al momento del ricovero, il ricoverato, capace di intendere e volere ovvero il suo amministratore di sostegno/tutore in caso di incapacità, può donare il bene al Comune di residenza il quale poi assume l'onere al pagamento della quota integrativa della retta. In alternativa il Comune di residenza potrà concordare un comodato d'uso sul bene a fini sociali a compensazione dell'integrazione della retta; ovvero il ricoverato sarà supportato dall'ente nelle procedure di locazione del bene e il canone di locazione mensile così introitato verrà destinato, fino a concorrenza, al pagamento della quota residuale della retta; l'eventuale parte eccedente sarà nella piena disponibilità del ricoverato. Nel caso in cui sull'immobile il ricoverato abbia un diritto reale di godimento (es.: usufrutto) il Comune di residenza potrà concordare un comodato d'uso sul bene a fini sociali a compensazione.

In ogni caso le somme erogate dall'ente ad integrazione delle rette sono considerate quale forma di anticipazione e l'ente vanta il proprio credito all'apertura della successione.

## Art. 51 - Modalità di rinuncia all'inserimento in R.S.A.

Qualora l'interessato rinunciasse alla fruizione del servizio residenziale, lo stesso verrà automaticamente escluso dalla graduatoria. E' possibile tuttavia, in caso di rinuncia alle prestazioni ed interventi, far valere sostanziali variazioni della condizione socio-sanitaria intervenute successivamente alla situazione esaminata segnalandole al Punto Insieme e richiedendo nuova valutazione.

## Art. 52 – Norma finale

Il presente regolamento entrerà in vigore il 1 Marzo 2017. Sulla base della valutazione dell'applicazione del presente regolamento e degli eventuali interventi normativi regionali in materia, la SdS provvede alla sua revisione periodica.