



Comune di Lucera

REGOLAMENTI PIANO SOCIALE DI ZONA

**PIANO SOCIALE DI ZONA L. R. n. 17/2003
AMBITO TERRITORIALE
APPENNINO DAUNO SETTENTRIONALE
DISTRETTO SOCIO-SANITARIO n. 3 AZ. U.S.L. FG/3
C/O COMUNE DI LUCERA
ASSESSORATO ALLE POLITICHE SOCIALI
L U C E R A**

REGOLAMENTO

SERVIZIO DI

ASSISTENZA DOMICILIARE

INTEGRATA (A. D. I.)

Piano Sociale di Zona – L. R. n. 17/2003.

Ambito Territoriale *Appennino Dauno Settentrionale*.

Alberona – Biccari – Carlantino - Casalnuovo M.ro - Casalvecchio di P. - Castelnuovo della D. - Celenza V.re –Lucera - Motta M.no -
Pietra M.no - RosetoV.re - S. Marco la C. - Volturara A. - Volturino.

**Art. 1
(Definizione e Finalità)**

Il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata. Da ora in poi A. D. I., è costituito da un complesso di prestazioni di natura socio-sanitaria prestate a domicilio di anziani, minori, handicappati ed in genere di nuclei familiari comprendenti soggetti a rischio di emarginazione.

Il Servizio ha la finalità di prevenire, rimuovere le cause e le situazioni di emarginazione e consentire la permanenza nel normale ambiente di vita, riducendo il ricorso a strutture residenziali e sanitarie.

Art. 2 (Destinatari)

L'A.D.I. è rivolto a tutte le persone, residenti o dimoranti (solo in attesa di definizione della pratica di residenza) nel territorio comunale, in tutto o in parte incapaci a provvedere autonomamente a sé stessi, soli, ovvero il cui nucleo familiare non sia in grado di provvedervi (anziani, minori, handicappati e nuclei familiari in temporanea difficoltà), nei limiti derivanti dalle risorse disponibili di bilancio dell'Ambito e delle capacità operative del Servizio.

Art. 3 (Criteri generali di accesso)

Per utenti anziani e soggetti diversamente abili, si dovrà effettuare una valutazione in merito alle domande di fruizione del Servizio. Tale valutazione sarà espressa tenendo conto che il Servizio è rivolto prioritariamente a quelle persone che si trovano in uno stato di bisogno determinato da:

1. Ridotta autonomia psicofisica;
2. Mancanza di aiuti da parte dei parenti prossimi: figli, fratelli (viene data priorità a coloro che vivono soli o in coppia con altri anziani o invalidi);
3. Insufficienza del reddito in rapporto alle esigenze minime vitali, allorché non vi siano altre persone tenute a provvedere (art. 433 Codice civile) all'integrazione del reddito. La variabile del reddito personale non è un elemento fondamentale per l'ammissibilità al servizio, ma lo diventa quando, a parità di condizioni psico-socio-sanitarie, non sia possibile ammettere tutti i richiedenti, ma si debba operare una scelta.

Il Servizio è esteso a nuclei che presentino particolari difficoltà dovute a cause temporanee (malattie, ospedalizzazione, allontanamento di uno dei membri del nucleo) che non consentano al nucleo stesso di essere autosufficiente rispetto alla gestione della casa e all'accudimento dei propri componenti. Il Servizio è esteso anche ad anziani ed handicappati che vivono con parenti laddove le cure garantite dai familiari non siano sufficienti rispetto alle esigenze di assistenza (grave situazione di invalidità, necessità di assistenza continua, etc.).

Art. 4 (Prestazioni socio-assistenziali)

Nell'Atto Istitutivo del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata, approvata dal Piano di Zona, vengono definite le modalità di integrazione tra prestazione erogate dall'USL e le prestazioni socio-assistenziali erogate dall'Ambito.

Le prestazioni socio-assistenziali a favore di anziani, soggetti diversamente abili e nuclei familiari in difficoltà sono così identificate:

1. Aiuto per la pulizia dell'ambiente;
2. Aiuto per la preparazione dei pasti e cura dei guardaroba (riordino, lavaggio, stiratura, se mancano i servizi corrispondenti);
3. Aiuto per il soddisfacimento di esigenze individuali e per favorire l'autosufficienza nelle attività giornaliere (igiene personale parziale o intera, mobilitazione) e per prevenire i processi di involuzione psicofisica;
4. Aiuto a mantenere i contatti e le relazioni con familiari amici e vicinato;
5. Aiuto nello svolgimento delle pratiche pensionistiche e amministrative in genere, o altri necessari collegamenti con diversi servizi sanitari o enti, qualora non esistano altri servizi di Segretariato sociale.

Art. 5 (Standard di Assistenza da garantire)

Il Servizio A.D.I. per esigenze di carattere organizzative e di carattere economico non potrà superare le tre ore e trenta minuti settimanali per ogni utente. Il Servizio dovrà risultare sufficientemente incisivo e valido sotto il profilo qualitativo e quantitativo.

Il personale ausiliario deve essere qualificato o seguire corsi di preparazione per potere affrontare con competenza i vari e molteplici aspetti del lavoro dell'Assistenza domiciliare. Deve, infatti, essere in grado di erogare prestazioni qualitativamente valide sia di ordine pratico che a sostegno della persona, come specificate più sopra. Deve pertanto essere a conoscenza delle tecniche necessarie per portare a termine operazioni di igiene, come pure aver appreso le modalità più opportune di approccio alla persona. Il personale dovrà inoltre essere seguito e supportato nel proprio lavoro con supervisione, affinché si possa confrontare rispetto ai casi che ha in carico. Gli incontri di supervisione avranno l'ulteriore scopo di facilitare un veloce scambio di informazioni, necessario perché gli interventi siano sempre valutati con attenzione e perché si risponda con sollecitudine e nel modo più opportuno ai nuovi bisogni dell'utenza.

Art. 6 (Responsabilità e direzione del Servizio)

La responsabilità del servizio è del Presidente del Coordinamento Istituzionale dell'Ambito Territoriale APPENNINO DAUNO SETTENTRIONALE, coincidente con il distretto socio-sanitario n. 3 ASL-FG/3, a cui, tramite l'Ufficio di Piano, competono, nell'ambito della spesa autorizzata nel Piano di Zona:

- Compiti di indirizzo e programmazione gestionale del Servizio (definizione utenza potenziale, definizione delle risorse finanziarie ed umane necessarie, definizione delle prestazioni complessive da garantire);
- Verifiche riguardanti l'attività del Servizio;
- L'ammissione degli utenti al servizio, previa istruttoria dell'Assistente Sociale;
- La sospensione o la cessazione del Servizio quando vengono meno le condizioni i requisiti che avevano motivato l'intervento.

Art. 7 (Coordinamento del Servizio)

Il Coordinamento del servizio è garantito, dietro la direzione del Responsabile dell'Ufficio di Piano, dall'Assistente Sociale preposta. Questa espleta i seguenti compiti:

- Si pone come punto di riferimento per le richieste di attivazione del Servizio, per eventuali problemi di funzionamento del Servizio e per i collegamenti con gli altri servizi;
- Predisporre le informazioni necessarie per la programmazione e la verifica annuale del Servizio;
- Predisporre proposte per il potenziamento e l'ampliamento delle prestazioni del Servizio;
- Provvede all'istruttoria della domanda e propone l'ammissione al Servizio eventuali sospensioni o dimissioni;
- Cura i rapporti, partecipando anche all'équipe di valutazione, con i servizi sanitari per l'erogazione dei servizi domiciliari integrati;
- Coordina gli ausiliari socio-assistenziali con i quali definisce il piano individualizzato di intervento per utente;
- Verifica periodicamente con gli ausiliari socio-assistenziali la realizzazione dei piani individualizzati.

Art. 8 (Attuazione del Servizio)

L'Assistente Sociale garantisce le prestazioni di Segretariato sociale, per quanto di competenza e cura l'attività informativa a favore dell'utenza.

L'Ausiliario socio-assistenziale garantisce le prestazioni al domicilio dell'utente previste per dal suo profilo professionale. Inoltre l'Ausiliario collabora con l'Assistente Sociale alla realizzazione dei programmi individuali d'intervento. E' tenuto a segnalare all'Assistente Sociale eventuali problemi o richieste dell'utenza connesse al servizio.

Art. 9 (Istruttoria delle domande ed ammissioni)

Per poter usufruire dell'A.D.I. è necessario che l'interessato o un suo familiare presenti domanda su apposito modulo predisposto dall'Ambito e distribuito anche presso i singoli Comuni.

L'Assistente Sociale può avviare d'Ufficio l'istruttoria per l'ammissione all'A.D.I. per i casi segnalati dai reparti Ospedalieri, dai medici di base, da altri Servizi sociosanitari, dalle Associazioni di Volontariato, ovvero, per i casi di particolare bisogno sociale, anche su circostanziata segnalazione di privati cittadini.

Ogni domanda, per essere considerata valida, dovrà comunque essere sottoscritta dal richiedente il servizio e corredata da tutti i documenti richiesti.

Successivamente alla presentazione della domanda viene effettuata visita domiciliare da parte dell'Assistente Sociale, durante la quale verranno raccolte informazioni per valutare lo stato di bisogno, tra cui: dati sulla condizione sanitaria, abitativa, economica, esistenza o meno di supporti parentali ed amicali intorno al nucleo.

Tali notizie vengono registrate su una cartella individuale (di regola quella utilizzata anche dai servizi sanitari domiciliari) che raccoglie gli aspetti anamnestici e ogni altro elemento che può interessare il Servizio, quali i bisogni e le risorse dell'utente, le ipotesi di lavoro e i piani d'intervento.

La domanda, corredata dalla relazione dell'Assistente sociale, viene valutata dall'Ufficio di Piano, che autorizza l'ammissione all'A.D.I. nei limiti della disponibilità e degli impegni di spesa assunti secondo i criteri stabiliti dall'Ambito dal presente Regolamento.

L'autorizzazione è trasmessa in copia all'Assistenza Sociale per l'attivazione del Servizio. L'Ufficio di Piano riferisce periodicamente al Coordinamento Istituzionale, tramite il Presidente, sugli interventi disposti. Nel caso in cui le domande di ammissione siano superiori alle possibilità d'intervento del Servizio, l'Ufficio di Piano predisponde la graduatoria di attesa secondo i seguenti criteri:

- Priorità viene data agli anziani che vivono da soli (anche coniugi), ovvero agli anziani con stato di autosufficienza psicofisica più compromessa;
- A parità di bisogno effettivo viene data la priorità a coloro che hanno minor reddito.

All'utente viene comunicata l'ammissione o meno al Servizio entro sette giorni e comunque va data risposta scritta definitiva entro trenta giorni dalla formalizzazione della richiesta, ai sensi della legge n. 241/90, al fine di accertare le condizioni di reddito o fasce di reddito di appartenenza, sulla base di quanto stabilito nei provvedimenti dell'Ambito e dal presente Regolamento.

Art. 10 (Modalità di erogazione delle prestazioni)

Le prestazioni a domicilio vengono erogate in conformità al piano individualizzato d'intervento (art. 7). Gli orari di permanenza dell'Assistente domiciliare presso l'abitazione dell'utente vengono concordati al momento dell'accettazione della domanda fra utente e Assistente sociale. I lavori domestici devono essere effettuati in presenza dell'anziano che non può assentarsi in quel momento. Le pulizie di cui si deve occupare l'Assistente domiciliare riguardano soltanto prestazioni strettamente necessarie a mantenere l'igiene e l'ordine dell'ambiente in cui l'anziano vive.

L'aiuto domestico sarà inoltre sospeso nel caso in cui qualche familiare sia presente al domicilio dell'anziano anche se per un periodo breve. Ogni utente dell'A.D.I. è tenuto a comunicare eventuali variazioni della sua situazione economica o abitativa (arrivo di parenti, ricoveri in Ospedale, periodi di assenza) e periodicamente verranno effettuati controlli da parte del Servizio stesso sul reddito, sulle condizioni di salute, etc., degli utenti.

Il primo mese in cui l'utente usufruisce dell'A.D.I. viene considerato " periodo di prova ", un periodo cioè nel quale l'Assistente Sociale, unitamente all'Assistente domiciliare, può verificare concretamente l'utilità del servizio offerto dall'Ambito e riferire all'Ufficio di Piano, che potrà decidere così se proseguirlo, variarlo o interromperlo. La decisione dell'Ufficio di Piano è comunicata anche al Presidente del Coordinamento Istituzionale.

Qualora gli utenti non si attengano alle norme previste nei provvedimenti dell'Ambito e dal presente Regolamento, ovvero non provvedano al pagamento delle relative tariffe, l'Ufficio di piano, previa diffida, potrà sospendere il Servizio.

Art. 11 (Determinazione del reddito per l'accesso alle prestazioni)

Per la determinazione del reddito per l'accesso alle prestazioni, si rinvia al "Regolamento unico per l'accesso alle prestazioni socio-assistenziali e socio-sanitarie e per la compartecipazione al costo delle prestazioni", approvato dai Comuni dell'Ambito, con particolare riferimento all'art. 10, in cui è disposto che "... il nucleo familiare di riferimento è composto dal richiedente, dal nucleo anagrafico ai sensi dell'art. 4 del D. P.R. 30 maggio 1989, n. 223....., e dai soggetti considerati a carico ai fini IRPEF".

Detto criterio va applicato per tutti i richiedenti le prestazioni sociali agevolate del Servizio di A. D. I..

Art. 12
(Concorso degli utenti al costo del servizio)

Gli utenti che usufruiranno dei servizi oggetto del presente Regolamento, potranno essere tenuti al pagamento di un contributo mensile, rapportato al reddito posseduto nell'anno precedente a quello di fruizione degli interventi e calcolato sulle prestazioni A. D. I. . Il contributo potrà essere suddiviso secondo il reddito del nucleo familiare come da provvedimenti approvati dall'Ambito.

Art. 13
(Pubblicità)

Il presente Regolamento dopo l'adozione da parte del Coordinamento Istituzionale, sarà trasmesso ai singoli Comuni ed all'A.S.L. FG/3 per gli adempimenti di competenza. Lo stesso dovrà essere formalmente approvato dalla Giunta comunale di ogni singolo Comune, pubblicato all'Albo Pretorio dei singoli Enti, ai fini della pubblicità e trasparenza amministrativa, per 15 (quindici) giorni consecutivi e naturali. Copia dello stesso dovrà essere inserito nella raccolta dei Regolamenti comunale e tenuto a disposizione dei cittadini.

Art. 14
(Tutela dei dati)

Tutti i dati comunque acquisiti in virtù del presente Regolamento, saranno trattati in conformità al D. L.vo n. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni.

Art. 15
(Rinvio)

Per quanto non espressamente previsto nel presente, si rinvia alla normativa vigente in materia, all'Accordo di Programma, alla Convenzione per la gestione associata delle funzioni e dei servizi socio-assistenziali ed ai Regolamenti nel tempo vigenti.

Art. 16
(Entrata in vigore)

Il presente Regolamento entra in vigore il giorno successivo alla data di presa atto da parte del Coordinamento Istituzionale delle deliberazioni di Giunta comunali di approvazione dello stesso.

Piano Sociale di Zona – L. R. n. 17/2003.

Ambito Territoriale *Appennino Dauno Settentrionale*.

Alberona – Biccari – Carlantino - Casalnuovo M.ro - Casalvecchio di P. - Castelnuovo della D. - Celenza V.re –Lucera - Motta M.no - Pietra M.no - RosetoV.re - S. Marco la C. - Volturara A. - Volturino.

PIANO SOCIALE DI ZONA L. R. n. 17/2003
AMBITO TERRITORIALE
APPENNINO DAUNO SETTENTRIONALE
DISTRETTO SOCIO-SANITARIO n. 3 AZ. U.S.L. FG/3
C/O COMUNE DI LUCERA
ASSESSORATO ALLE POLITICHE SOCIALI
L U C E R A

REGOLAMENTO

**REGOLAMENTO ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE AGLI ANZIANI E SOGGETTI
DIVERSAMENTE ABILI**

Piano Sociale di Zona – L. R. n. 17/2003.

Ambito Territoriale *Appennino Dauno Settentrionale*.

Alberona – Biccari – Carlantino - Casalnuovo M.ro - Casalvecchio di P. - Castelnuovo della D. - Celenza V.re –Lucera - Motta M.no - Pietra M.no - RosetoV.re - S. Marco la C. - Volturara A. - Volturino.

Art. 1
(Definizione)

Il Servizio di Assistenza Domiciliare (S. A. D.) è costituito da un complesso di interventi e di prestazioni di carattere socio-assistenziale, con eccezione di quelle di carattere sanitario, erogati al domicilio di chiunque si trovi in condizioni di temporanea o permanente necessità di aiuto per la gestione della propria persona, per il governo della casa e per la conservazione dell'autonomia di vita in casa, in famiglia e nel proprio contesto sociale.

Il S.A.D. verrà garantito, di norma, per sei giorni alla settimana.

Art. 2 (Finalità)

Il S. A. D. persegue il fine di:

- 1- prevenire e rimuovere situazioni di bisogno e di disagio, consentendo al cittadino di conservare l'autonomia di vita nella propria abitazione, nel proprio ambiente familiare e sociale, nei casi in cui egli venga a trovarsi nell'impossibilità di provvedere completamente a se stesso, senza poter contare sull'aiuto adeguato di familiari e/o parenti o venga a trovarsi in uno stato di necessità che comprometta la continuazione normale della propria vita familiare;
- 2- favorire le dimissioni da ospedali o istituti;
- 3- evitare ricoveri in istituti o in ospedali, qualora non siano strettamente indispensabili;
- 4- promuovere l'autonomia delle famiglie a rischio di emarginazione e/o in situazioni problematiche;
- 5- favorire l'integrazione e il collegamento fra i servizi socio-sanitari in grado di concorrere all'autonomia della persona;
- 6- favorire il recupero delle potenzialità residue della persona ed il mantenimento dell'unità familiare.

Art. 3 (Destinatari del servizio)

Possono usufruire del S. A. D. tutti i cittadini residenti anziani e non, temporaneamente residenti, stranieri, immigrati o apolidi, purché regolarizzati in base alle vigenti disposizioni di legge, che si trovino nella condizione di cui all'articolo precedente, indipendentemente dalle cause che le hanno determinate ed in particolare coloro che, persone o nuclei familiari, a partire dai 65 anni:

- 1- si trovano in stato di malattia o invalidità tale da comportare la necessità di aiuto da parte di altre persone, per un periodo più o meno lungo;
- 2- non dispongono di sufficiente assistenza familiare;
- 3- vivono in famiglia, ma con forte situazione di disagio;
- 4- si trovano in particolari condizioni di bisogno temporaneo, da richiedere altrimenti inserimenti presso comunità/alloggio, case di riposo, case albergo o strutture varie di tipo residenziale.

In seconda istanza il S. A. D. può essere rivolto anche a quelle persone che, pur non rientrando nei limiti di età sopra previsti, esprimano però quelle caratteristiche sopra evidenziate e non siano comunque di età inferiore ai 65 anni, derogabili solo per soggetti diversamente abili, con gravi infermità come da certificazione dell'UMEA e dell'UMEE e per i casi particolari segnalati dall'assistente sociale.

Art. 4 (Prestazioni)

Le prestazioni del servizio domiciliare devono essere caratterizzate dalla temporaneità, complementarietà e specificità.

Il servizio dovrà comprendere i seguenti interventi:

- 1) **attività S. A. D.**, da erogarsi in prestazione orarie, 60 minuti minimo, **esclusi i tempi di percorrenza**, in riferimento ai bisogni dell'utente, comprendenti:
 - aiuto nelle attività fisiche personali, volto a favorire e/o a mantenere l'autosufficienza nell'attività giornaliera, riferibili al complesso delle seguenti funzioni quotidiane: alzare l'utente, curare l'igiene della persona (bagno, pulizia personale, ecc.), vestizione, nutrizione e/o aiuto nell'assunzione dei pasti, aiuto per una corretta deambulazione, aiuto nel movimento di arti invalidi e nell'utilizzo di ausili sanitari, accorgimenti per una giusta posizione degli arti invalidi in condizione di riposo, aiuto nell'uso di

- accorgimenti o attrezzi per lavarsi, vestirsi, mangiare da soli, camminare, ecc., mobilitazione delle persone costrette a letto e simili;
- aiuto nella gestione dell'ambiente domestico e nel governo della casa con particolare riferimento: al riordino del letto e della stanza, pulizia dei servizi e dei vani dell'alloggio ad uso dell'utente e dallo stesso utilizzati, curando l'aerazione e l'illuminazione dell'ambiente, cambio della biancheria, lavaggio e stiratura della biancheria e del vestiario dell'utente ed eventuale utilizzo del servizio di lavanderia, piccoli lavori di rammendo e cucito, spese e rifornimenti, preparazione dei pasti ed eventuale pulizia delle stoviglie, attivazione di risorse **umane e tecniche** per i problemi riguardanti la manutenzione dell'alloggio;
 - appoggio e sostegno, in particolare a favore delle persone non autosufficienti o parzialmente autosufficienti: per l'acquisto di generi alimentari, di capi di vestiario e ogni altro bene, per l'accompagnamento a visite mediche, prelievi, controlli per cure anche ai centri ambulatoriali, per favorire la partecipazione ad opportunità di socializzazione;
 - rafforzamento dei comportamenti positivi dell'assistito e coinvolgimento attivo del contesto familiare, per il mantenimento dei rapporti parentali, amicali, partecipazione agli interventi di socializzazione e/o di recupero a favore delle persone, rapporti con strutture socio/sanitarie, ecc.;
 - aiuto in caso di ricovero presso strutture sanitarie, limitato al cambio di biancheria ed al disbrigo di pratiche urgenti;
 - interventi per favorire la promozione, il sostegno e l'integrazione sociale a livello familiare ed extrafamiliare;
 - stimolo alla comunicatività ed alla socializzazione;
 - coinvolgimento di parenti, amici e vicini;
 - rapporti con strutture ricreative e culturali del territorio;
 - aiuto al mantenimento di abilità (uso telefono, autobus, ecc.)
 - prestazioni igienico-sanitarie di semplice attuazione, complementari alle attività assistenziali: rilevamento della temperatura, assistenza per la corretta somministrazione delle prescrizioni farmacologiche, opportuna segnalazione di sintomi di malattie al medico di base o ai familiari o al pronto soccorso;
 - segnalazione agli operatori sociali e sanitari di anomalie evidenziate nel corso delle attività lavorative e di problemi che comportino interventi e programmi esterni;
 - informazioni sui diritti, pratiche, servizi e svolgimenti di piccole commissioni.

2) Attività di consegna pasti:

- il servizio consiste nella consegna a domicilio di pasti, che verranno prelevati da servizio convenzionato. Il costo del servizio, a completo carico dell'utente, viene quantificato annualmente o comunque periodicamente secondo le regole finanziarie. Anche il costo per il trasporto dei pasti, qualora la consegna pasti non rientri nelle ore assegnate all'utente quale "Assistenza Domiciliare" (in caso contrario l'utente dovrà pagare solamente il pasto), è a completo carico dell'utente e viene quantificato annualmente come sopra. Tale servizio dovrà essere effettuato tutti i giorni compresi i festivi qualora la situazione lo renda necessario. La consegna dei pasti a domicilio dovrà essere assicurata tutti i giorni nella fascia oraria compresa tra le ore 11.45 e le 12.15 ed il costo del servizio potrà variare a seconda della distanza chilometrica dal posto di smistamento.

3) Attività di servizio di monitoraggio:

tale servizio verrà svolto dall'Ufficio di Piano che si avvarrà di assistente sociale dipendente dell'Ambito **in stretta collaborazione con i medici di base e con il Responsabile del Distretto**. L'assistente sociale dovrà curare il costante monitoraggio dei casi seguiti con l'osservazione periodica e sistematica, anche al fine di rilevare l'insorgenza di nuovi bisogni sotto il profilo dello stato fisico, emotivo e sociale, così da poter **assegnare prontamente il caso** agli operatori della ditta aggiudicataria.

L'attività di monitoraggio dovrà essere improntata anche alla rilevazione di altre situazioni di bisogno, individuali e collettive, ad una lettura socio-culturale del territorio da fornire all'Ufficio di Piano per la predisposizione di ulteriori servizi.

Dovrà, altresì, comprendere l'azione di socializzazione dell'utente, la sensibilizzazione del vicinato e il coinvolgimento di questo nell'intervento verso l'utente, concordando un piano di lavoro da sottoporre all'Ufficio di Piano. Il monitoraggio si esplicherà con la compilazione dei rapporti socio-informativi periodici sul movimento globale dell'utenza.

Art. 6 (Interventi di vicinato e di solidarietà attiva)

In via sperimentale saranno attivati interventi da parte di parenti, del vicinato o di altri anziani, ad integrazione di quelli compiuti dagli operatori domiciliari. Le persone coinvolte dovranno garantire la disponibilità e la presenza di requisiti

di affidabilità. Tale tipo di intervento, che non implica nessun tipo di rapporto tra l'Ufficio di Piano e le persone coinvolte, sarà quantificato in prestazioni orarie rimborsate con € _____/ora lorde secondo un piano di intervento definito e concordato nell'importo, nelle modalità, nei tempi e nelle prestazioni.

Le prestazioni effettivamente garantite saranno pianificate dall'Ufficio di Piano in stretta collaborazione con l'affidatario e le persone coinvolte, sentito il parere dell'assistente sociale.

Art. 7 (Organismi erogatori)

Le prestazioni socio-assistenziali del S. A. D. sono erogate dall'Ufficio di Piano che, non disponendo in organico di figure di assistenti domiciliari, assolverà il compito mediante convenzione/appalto con Ditte e/o cooperative sociali. Ci si potrà avvalere anche del supporto del volontariato.

Art. 8 (Servizi e strutture esterne di appoggio)

Il S. A. D. sarà organicamente collegato con i servizi e le strutture sociali e sanitarie del territorio.

Art. 9 (Istanza di ammissione al servizio e dimissione dallo stesso)

1) Ammissione.

La ricerca dell'utenza avverrà, per quanto concerne il S. A. D., in prima istanza attraverso la pubblicazione di bando/avviso pubblico.

Nel contempo sarà possibile attivare le procedure di presa in carico di utenti attraverso le segnalazioni di altri Enti Pubblici, coinvolgendo i medici di base ed il Distretto Sanitario, le parrocchie ed ogni altra associazione o ente operante nel sociale.

L'ammissione ai servizi sarà disposta, previa autorizzazione dell'Ufficio di Piano. Per accedere ai servizi bisogna rivolgere agli Uffici Servizi Sociali dell'Ambito, ovvero dei Comuni facenti parte dell'Ambito, con richiesta scritta su apposito modulo, sul quale dovranno essere indicate:

- le esatte generalità del richiedente;
- il motivo della richiesta;
- la natura, il numero delle ore e la frequenza delle prestazioni richieste;
- la descrizione dell'invalidità, dell'handicap e della situazione di disagio o di rischio di emarginazione, ove sussistano.

Alla domanda dovrà essere allegata la documentazione necessaria per l'accesso ai servizi previsti dal regolamento servizi sociali dell'Ambito; vanno aggiunte, inoltre, la certificazione medica e/o le relazioni attestanti la situazione di disagio psico-sanitario, stilata da enti autorizzati;

Per gli anni successivi, in ragione di ogni anno, deve essere presentata l'autocertificazione attestante i redditi dei componenti il nucleo familiare. Tale autocertificazione deve essere presentata entro un mese dal termine della presentazione della dichiarazione dei redditi per le persone fisiche, pena la sospensione delle prestazioni ai sensi del successivo art.10.

L'Ufficio si riserva di richiedere altra documentazione utile all'analisi del caso, ovvero di effettuare gli opportuni controlli ed accertamenti su quanto dichiarato.

2) Dimissioni.

I servizi erogati ai sensi del presente regolamento possono essere interrotti in qualsiasi momento per i seguenti motivi:

- per richiesta scritta dell'assistito;
- per richiesta scritta dei familiari dello stesso, fatto salvo il consenso manifestato dall'assistito;
- su decisione motivata dell'Ufficio Servizi Sociali per il venir meno delle ragioni che avevano determinato l'intervento o, eccezionalmente, per qualsiasi motivo che non permetta la continuazione del servizio;
- per mancato pagamento di almeno 2 mensilità;
- decesso o ricovero definitivo presso Istituti, qualora i familiari restanti non necessitino ulteriormente del servizio stesso;
- qualora vengano meno i requisiti di ammissione al servizio stesso;

- qualora venga meno il rispetto nei confronti del personale in servizio (molestie, aggressioni anche verbali, minacce, ecc.. in forma ripetuta);
- qualora l'utente si assenti per più **di tre** volte nell'orario del servizio senza aver preventivamente avvertito l'Ufficio Servizi Sociali e/o l'assistente domiciliare;
- in caso di assenza prolungata dell'utente (un mese o più esclusi i ricoveri ospedalieri) senza preavviso.

Il servizio può, inoltre, essere sospeso, con decisione dell'Ufficio di Piano nel caso che l'assistito non produca per gli anni successivi al primo la documentazione relativa ai redditi percepiti.

La cessazione e la sospensione dei servizi devono essere preventivamente comunicate all'utente ed acquistano efficacia decorsi 10 giorni dal ricevimento della comunicazione, ovvero un termine ridotto adeguatamente motivato.

Art. 10 (Gestione del servizio)

1. L'esame delle domande di ammissione al S. A. D. e la programmazione degli interventi relativi sono demandati all'Ufficio di Piano, che, nel caso in cui si renderà necessario, si avvarrà del supporto dell'assistente sociale dell'Ambito.

2. Spetta all'Ufficio di piano:

- l'esame delle richieste di fruizione;
- l'ammissione o diniego e nel caso di ammissione determinazione delle ore e delle modalità di svolgimento del servizio, ivi compresa la determinazione della partecipazione al costo del servizio, se dovuta, ed eventuali sospensioni dal servizio ai sensi dell'art. 8.

L'Ufficio di Piano provvede ad esaminare le istanze entro 20 (venti) giorni dalla data di presentazione. Le decisioni sono comunicate per iscritto all'interessato.

Nel caso in cui le richieste esaminate positivamente dovessero, nel corso dell'anno, superare la disponibilità di posti, verrà stilata, in attesa dell'elaborazione di un preciso monitoraggio volto a definire la reale situazione di fatto, una graduatoria a scorrimento che verrà aggiornata trimestralmente. Le dimissioni dai servizi dovranno essere preventivamente concordate, al fine di evitare/ridurre gli eventuali disagi e di consentire l'integrazione del numero degli ammessi con altri eventualmente in graduatoria utile.

3. I servizi S.A.D. verranno erogati tenendo conto che avranno carattere prioritario:

- lo stato di bisogno: riferito alla situazione familiare dell'anziano, solo o in coppia, o di inabilità totale, non autosufficiente e senza parenti obbligati residenti nell'ambito;
- anziano o inabile parzialmente o autosufficiente con parenti obbligati residenti in uno dei Comuni dell'Ambito, ma impossibilitati per motivi oggettivi legati al lavoro, stato di salute e situazioni di emergenza limitate nel tempo;
- nuclei numerosi in particolare difficoltà con grave situazione di disagio e di rischio di emarginazione come attestato da certificazione probatoria;
- grave situazione di disagio e di rischio di emarginazione.

A parità di condizioni viene privilegiato il richiedente in condizioni economiche meno abbienti e da ultimo secondo l'ordine di protocollo della richiesta del servizio.

L'ammissione sarà comunque disposta in base alla disponibilità finanziaria prevista nel Piano di Zona, definito alla luce del monitoraggio e sottoposta comunque in caso di grave necessità ad eventuali integrazioni.

4. Compiti degli Assistenti Sociali deputati a coordinare il S. A. D. nei comuni dell'Ambito di concerto con l'Ufficio di Piano:

- il coordinamento dei "servizi di assistenza domiciliare" tramite pianificazione delle attività, che dovrà essere fatta in collaborazione anche con il Referente del soggetto aggiudicatario, in modo tale da assicurare l'organizzazione uniforme, efficiente delle prestazioni, rispondenti alle finalità del servizio;
- la pianificazione del lavoro;
- la definizione degli interventi;
- la verifica delle prestazioni in funzione dei progetti individualizzati degli utenti anche tramite visite periodiche a domicilio;
- il contatto con gli altri servizi del territorio;
- la cura per predisposizione di archivi, registri e relazioni basate sulla verifica delle prestazioni e tese ad accertare il regolare svolgimento del servizio;
- rapporti con la ditta o cooperativa aggiudicataria, con il volontariato, con le strutture sanitarie e con tutti gli Enti interessati;
- relazione consuntiva da inviare annualmente all'Ufficio di Piano concernente l'attività svolta ed una valutazione dei risultati ottenuti;

Eccezionalmente, in caso di impossibilità a concludere in tempi brevi gli atti istruttori, così come regolati dall'art. 9 del presente Regolamento, l'Ufficio di Piano, sulla base dei dati forniti con la domanda di fruizione dei servizi di cui al presente regolamento, con decisione motivata, può stabilire di ammettere a sostegno di anziani soli, senza familiari conviventi o, comunque, in evidente stato di abbandono, alla fruizione dei servizi S. A. D. senza che sia stata esperita la relativa istruttoria, riservandosi di decidere definitivamente sulla partecipazione del richiedente al costo del servizio in momento successivo.

Art. 11 (Istruttoria)

1. Gli assistenti sociali dell'Ambito provvederanno a richiedere agli istanti tutta la documentazione necessaria ai sensi del presente regolamento, ma non allegata alla domanda di fruizione.
2. L'istruttoria relativa all'istanza di erogazione delle prestazioni S. A. D., consistente nella verifica delle dichiarazioni rese dal richiedente, è effettuata a cura dei Servizi Sociali di Ambito, che provvederanno, inoltre, se necessario, ad acquisire agli atti anche una relazione dell'Assistente Sociale sulla situazione generale di difficoltà della persona o famiglia, nei termini previsti dal regolamento servizi sociali dell'Ambito.
3. L'accertamento sui redditi percepiti sarà rinnovato ogni anno.
4. Successivamente agli accertamenti di rito si procederà, in base ai criteri previsti dal richiamato Regolamento dei Servizi Sociali dell'Ambito, a definire e determinare la quota di partecipazione dell'utente alle spese inerenti il costo del servizio (art.12 del presente regolamento).
5. L'istruttoria deve essere svolta entro, e non oltre, 20 (venti) giorni dalla presentazione della richiesta completa di tutti gli allegati o dell'ultimo documento prodotto. Per gli anni successivi, il termine decorre dalla presentazione di tutta la documentazione relativa ai redditi. Tale termine sarà prorogato di 10 (dieci) giorni qualora l'Assistente Sociale non abbia inviato la relazione richiesta ai sensi del presente articolo; l'istruttoria deve essere, comunque, definita entro e non oltre 30 (trenta) giorni dal suo inizio.
6. I referenti dei servizi sociali dell'Ambito provvedono, entro 15 giorni dalla fine dell'istruttoria, a comunicare agli istanti la decisione dell'Ufficio di Piano (prestazione, n.° ore ammesse e quota di partecipazione alla spesa se dovuta).
7. Prima dell'inizio dell'erogazione del servizio, coloro che sono stati ammessi al S. A. D. e per i quali è stata determinata una quota di partecipazione alle spese, su invito dell'Ufficio di Piano, firmano se non incapaci di intendere e di volere, l'impegno per la corresponsione della quota di partecipazione. In caso di rifiuto a firmare detto impegno da parte dell'assistito o di uno degli obbligati per legge al mantenimento, non viene avviato il servizio.
8. Per gli anni successivi al primo, il Responsabile del Servizio comunicherà all'assistito solamente eventuali variazioni intervenute nelle modalità di erogazione del servizio.

Art. 12 (Rapporti con il soggetto che eroga i servizi di assistenza domiciliare)

1. Orario di servizio.

I servizi di cui al precedente art. 3 dovranno essere assicurati, di norma, nei giorni feriali nella fascia oraria 8.00/20.00. In ragione di particolari ed eccezionali esigenze potranno essere richiesti tuttavia, anche servizi durante i giorni festivi. Gli interventi di cui all'art. 4 saranno preventivamente concordati senza riferimento a tempi prestabiliti.

2. Organizzazione.

L'Ufficio di Piano, in collaborazione con gli addetti al monitoraggio, ovvero referenti dei comuni dell'Ambito e agli assistenti sociali dovranno:

- elaborare il programma generale del servizio;
- elaborare un programma individualizzato per ciascun anziano in carico;
- verificare il programma generale e i programmi individualizzati;
- trasmettere i casi individuati dal soggetto aggiudicatario;
- tenere rapporti con il soggetto aggiudicatario;
- tenere un fascicolo personale per ogni UTENTE da aggiornare periodicamente;
- verificare la congruenza dei risultati dell'operato del personale dipendente del soggetto aggiudicatario.

Tutta l'attività di cui sopra potrà essere gestita con strumenti informatici.

Il soggetto aggiudicatario, dovrà:

- per ogni assistito predisporre una scheda individuale, con l'indicazione dell'assistente, degli orari, del contenuto delle prestazioni ed ogni successiva variazione;

- istituire fogli di presenza dei singoli operatori di cui si avvale per l'erogazione dei servizi S. A. D. e che devono essere controfirmati dall'utente, fatti salvi i casi di accertata impossibilità ed allegati alle fatture mensili;
- gestire e governare il personale addetto;
- provvedere all'esecuzione dei programmi di lavoro;
- curare la distribuzione dei compiti agli operatori;
- trasmettere all'Ufficio di Piano, a richiesta dello stesso, una relazione sui compiti svolti dai suoi dipendenti per i servizi effettuati;
- garantire tramite n. 1 responsabile, nominato all'uopo, la reperibilità nella fascia oraria dalle ore 8.00 alle ore 20.00. Il personale addetto ai servizi di assistenza domiciliare è tenuto a collaborare attivamente con ogni altro operatore chiamato ad intervenire sul caso.
- fornire, per lo svolgimento dell'attività di cui al presente regolamento, mezzi, strumenti e materiale necessario;
- disporre, inoltre, di almeno due autoveicoli, o comunque quelli sufficienti all'esecuzione del servizio, per il trasporto degli assistiti presso centri esterni, ambulatori medici o altri luoghi connessi con la natura delle prestazioni fino a complessivi 100 Km. al giorno e per la consegna pasti. Non è necessario l'utilizzo di mezzi speciali per i quali si farà riferimento all'Ufficio di Piano;
- garantire quattro sedi organizzative all'interno del territorio dell'Ambito. Tali sedi dovranno risultare idonee e logisticamente funzionali all'organizzazione delle attività; essa dovrà essere dotata di almeno una linea telefonica regolarmente presieduta durante le ore di servizio dalle ore 8.00 alle 20.00;
- tutelare i rapporti umani instauratisi fra l'assistito e l'operatore e quindi impegnarsi ad assicurare, in linea di massima, sempre l'intervento dello stesso operatore presso l'utente assistito. E' possibile, tuttavia, programmare articolazioni organizzative basate su più figure per compiti differenziati, garantendo comunque l'unitarietà delle prestazioni, pertanto, la possibilità di sostituzioni o supplenze dell'assistente domiciliare è contemplata solo nel caso di assenza prolungata del personale e comunque limitatamente a situazioni particolarmente gravi.

3. Requisiti professionali degli operatori.

In relazione al tipo di prestazione richiesta, l'affidatario dovrà effettuare il servizio con personale qualitativamente e quantitativamente adeguato alle esigenze del servizio. In particolare il personale addetto all'assistenza diretta alla persona (S. A. D.) dovrà possedere un'esperienza di lavoro di almeno un anno di attività uguale o assimilabile a quelle del presente regolamento, ovvero aver partecipato a corsi di formazione, pubblici o privati riconosciuti per la preparazione di operatori addetti ai servizi di assistenza alla persona. Lo stesso personale, inoltre, dovrà essere in possesso di titolo di studio almeno pari alla licenza di scuola media inferiore. Il Responsabile, per conto del soggetto aggiudicatario, dovrà possedere almeno il diploma di Istruzione secondaria di secondo grado, con l'aggiunta, preferibilmente, almeno quello di assistente sociale o di educatore. Lo stesso dovrà anche possedere un'esperienza di durata almeno annuale nella gestione di servizi di assistenza o nella realizzazione dei programmi di attività assimilabili a quelli previsti dal presente regolamento. Tutto il personale utilizzato dovrà essere munito di tesserino sanitario che attesti il possesso di idoneità ai servizi preposti. L'affidatario, e per esso il proprio personale, sarà tenuto a garantire la più assoluta riservatezza verso l'esterno sugli utenti e per quanto concerne l'espletamento del servizio.

L'Ufficio di Piano ha la facoltà di chiedere con specifica motivazione l'allontanamento di quei lavoratori che arrechino disservizio e non rispettino le norme contenute nel presente regolamento.

4. Aggiornamento.

Tutto il personale - nell'ottica di promuovere lo sviluppo di abilità, conoscenza e capacità, tenendo conto della tipologia degli utenti - dovrà frequentare, al di fuori dell'orario di lavoro e senza alcun compenso da parte l'Ambito, corsi di aggiornamento retribuiti di almeno 20 ore, organizzati annualmente dall'affidatario su temi inerenti le attività da svolgere nei confronti di soggetti anziani, d'intesa con l'Ufficio di Piano.

5. Rinvio.

Le disposizioni di cui al presente articolo sono indicative. Con il Capitolato Speciale di Appalto ed il Disciplinare del servizio, si provvederà ad indicare e determinare in concreto gli obblighi ed adempimenti del soggetto aggiudicatario.

Art. 13 (Rapporti con il volontariato)

1. L'Ambito potrà avvalersi di volontariato.
2. L'attività di volontariato è caratterizzata dalla presenza dei requisiti per lo svolgimento del servizio: serietà professionale, efficienza, capacità di intervenire con elasticità e duttilità, con tempestività, attitudine all'autogoverno degli interventi;
3. L'impiego di operatori volontari da parte dell'affidatario viene riconosciuto e stimolato. Il soggetto affidatario del servizio dovrà informare l'Ufficio di Piano dell'eventuale utilizzo di personale volontario segnalando:

- la responsabilità del volontariato in modo esplicito, il ruolo, l'ambito e le modalità di utilizzo;
 - i criteri di copertura assicurativa;
 - gli specifici diritti sia nell'ambito della formazione che in quello della programmazione degli interventi con il proprio personale;
 - l'aspetto dell'accesso a documenti riservati.
4. In nessun caso le prestazioni dei volontari potranno essere autorizzate in maniera sostitutiva rispetto ai parametri di impiego degli operatori e le prestazioni dei volontari non potranno concorrere alla determinazione dei costi del servizio.

Art. 14
(Concorso degli assistiti al costo del servizio)

Gli utenti che usufruiranno dei servizi oggetto del presente **regolamento** saranno tenuti al pagamento di un contributo mensile rapportato al reddito posseduto nell'anno precedente a quello di fruizione degli interventi e calcolato sulle prestazioni S. A. D.. Il contributo sarà determinato secondo il reddito del nucleo familiare come dall'apposito Regolamento dell'Ambito.

Art. 15
(Modalità di pagamento)

1. I pagamenti delle quote di concorso da parte degli assistiti dovranno essere effettuate entro 30 giorni dalla comunicazione dell'importo da versare.
2. Il versamento è effettuato mediante bollettino di conto corrente postale con le modalità indicate dall'Ufficio di Piano, con causale il tipo di servizio ed il mese di riferimento.

Art. 16
(Responsabilità e direzione del Servizio)

La responsabilità del servizio è del Presidente del Coordinamento Istituzionale dell'Ambito Territoriale APPENNINO DAUNO SETTENTRIONALE, coincidente con il distretto socio-sanitario n. 3 ASL-FG/3, a cui, tramite l'Ufficio di Piano, competono, nell'ambito della spesa autorizzata nel Piano di Zona:

- Compiti di indirizzo e programmazione gestionale del Servizio (definizione utenza potenziale, definizione delle risorse finanziarie ed umane necessarie, definizione delle prestazioni complessive da garantire);
- Verifiche riguardanti l'attività del Servizio;
- L'ammissione degli utenti al servizio, previa istruttoria dell'Assistente Sociale;
- La sospensione o la cessazione del Servizio quando vengono meno le condizioni i requisiti che avevano motivato l'intervento.

Art. 17
(Coordinamento del Servizio)

Il Coordinamento del servizio è garantito, dietro la direzione del Responsabile dell'Ufficio di Piano, dall'Assistente Sociale preposta. Questa espleta i seguenti compiti:

- Si pone come punto di riferimento per le richieste di attivazione del Servizio, per eventuali problemi di funzionamento del Servizio e per i collegamenti con gli altri servizi;
- Predisporre le informazioni necessarie per la programmazione e la verifica annuale del Servizio;
- Predisporre proposte per il potenziamento e l'ampliamento delle prestazioni del Servizio;
- Provvede all'istruttoria della domanda e propone l'ammissione al Servizio eventuali sospensioni o dimissioni;
- Cura i rapporti, partecipando anche all'équipe di valutazione, con i servizi sanitari per l'erogazione dei servizi domiciliari integrati;
- Coordina gli ausiliari socio-assistenziali con i quali definisce il piano individualizzato di intervento per utente;
- Verifica periodicamente con gli ausiliari socio-assistenziali la realizzazione dei piani individualizzati.

Art. 18
(Attuazione del Servizio)

L'Assistente Sociale garantisce le prestazioni di Segretariato sociale, per quanto di competenza e cura l'attività informativa a favore dell'utenza.

L'Ausiliario socio-assistenziale garantisce le prestazioni al domicilio dell'utente previste per dal suo profilo professionale. Inoltre l'Ausiliario collabora con l'Assistente Sociale alla realizzazione dei programmi individuali d'intervento. E' tenuto a segnalare all'Assistente Sociale eventuali problemi o richieste dell'utenza connesse al servizio.

Art. 19 (Pubblicità)

Il presente Regolamento dopo l'adozione da parte del Coordinamento Istituzionale, sarà trasmesso ai singoli Comuni ed all'A.S.L. FG/3 per gli adempimenti di competenza. Lo stesso dovrà essere formalmente approvato dalla Giunta comunale di ogni singolo Comune, pubblicato all'Albo Pretorio dei singoli Enti, ai fini della pubblicità e trasparenza amministrativa, per 15 (quindici) giorni consecutivi e naturali. Copia dello stesso dovrà essere inserito nella raccolta dei Regolamenti comunale e tenuto a disposizione dei cittadini.

Art. 20 (Tutela dei dati)

Tutti i dati comunque acquisiti in virtù del presente Regolamento, saranno trattati in conformità al D. L.vo n. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni.

Art. 21 (Rinvio)

Per quanto non espressamente previsto nel presente, si rinvia alla normativa vigente in materia, all'Accordo di Programma, alla Convenzione per la gestione associata delle funzioni e dei servizi socio-assistenziali ed ai Regolamenti nel tempo vigenti, con particolare riferimento al Regolamento A. D. I..

L'Ufficio di Piano avrà il compito di dare completa attuazione al presente regolamento, anche stipulando convenzioni con strutture od enti pubblici privati o ditte o con associazioni di volontariato.

Art. 22 (Entrata in vigore)

Il presente Regolamento entra in vigore il giorno successivo alla data di presa atto da parte del Coordinamento Istituzionale delle deliberazioni di Giunta comunali di approvazione dello stesso.

Piano Sociale di Zona – L. R. n. 17/2003.

Ambito Territoriale *Appennino Dauno Settentrionale*.

Alberona – Biccari – Carlantino - Casalnuovo M.ro - Casalvecchio di P. - Castelnuovo della D. - Celenza V.re –Lucera - Motta M.no - Pietra M.no - RosetoV.re - S. Marco la C. - Volturara A. - Volturino.

PIANO SOCIALE DI ZONA L. R. n. 17/2003
AMBITO TERRITORIALE
APPENNINO DAUNO SETTENTRIONALE
DISTRETTO SOCIO-SANITARIO n. 3 AZ. U.S.L. FG/3
C/O COMUNE DI LUCERA
ASSESSORATO ALLE POLITICHE SOCIALI
L U C E R A

PROTOCOLLO
OPERATIVO
A.D.I.

(ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA)

Piano Sociale di Zona – L. R. n. 17/2003.

Ambito Territoriale *Appennino Dauno Settentrionale*.

Alberona – Biccari – Carlantino - Casalnuovo M.ro - Casalvecchio di P. - Castelnuovo della D. - Celenza V.re –Lucera - Motta M.no - Pietra M.no - RosetoV.re - S. Marco la C. - Volturara A. - Volturino.

La Legge 8 novembre 2000, n. 328 ad oggetto “**Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali**” prevede tra l’altro che i Comuni predispongano e redigano, in collaborazione anche con le Aziende Sanitarie Locali, il Piano di Zona per la attuazione degli interventi sociali e socio-sanitari nel rispetto dei principi della responsabilizzazione, sussidiarietà e partecipazione.

Il Piano di Zona è lo strumento per la realizzazione delle politiche di intervento nel settore socio-assistenziale e socio-sanitario, finalizzato alla formulazione di scelte concertate in grado di definire modelli adeguati per lo sviluppo di un sistema a rete di servizi socio-sanitari sul territorio di riferimento, definito dalla citata Legge quadro “ambito territoriale”.

La Regione Puglia in data 25 agosto 2003 ha approvato la Legge Regionale n. 17 “**Sistema integrato di interventi e servizi sociali in Puglia**”. Detta legge ha la finalità di programmare e realizzare sull’intero territorio regionale un sistema integrato di interventi e servizi socio-sanitari a garanzia della qualità e dei diritti dei cittadini.

L’art. 8, in particolare, prevede una serie di interventi e servizi in armonia con il Piano Sanitario Regionale tra i quali, così come precisato alla lettera d) punto 4) “il servizio di assistenza domiciliare per soggetti e nuclei familiari con fragilità sociali e il servizio di assistenza domiciliare integrata per le prestazioni di cura domiciliari e sanitarie integrate “e alla successiva lettera i) “l’integrazione socio sanitaria in coerenza con gli obiettivi del Piano Sanitario Regionale”.

La Giunta regionale, con deliberazione 27.12.2001, n. 2087, ha approvato il “**Piano Sanitario Regionale**” per il triennio 2001-2004, fissando al paragrafo 9 gli obiettivi da perseguire con riferimento ai tre livelli essenziali di assistenza sanitaria collettiva, tra i quali figura quella territoriale nelle sue diverse articolazioni, quali l’assistenza sanitaria di base e l’assistenza domiciliare indicando anche la strategia, i contenuti e le modalità operative della integrazione socio-sanitaria.

La Regione Puglia, poi, con deliberazione n. 1104 del 4.08.2004, in attuazione del richiamato art. 8 della L.R. n. 17/03, ha approvato il “**Piano regionale delle Politiche Sociali, Interventi e servizi in Puglia**”, ha recepito le indicazioni dell’atto di indirizzo per l’esercizio delle funzioni socio-sanitarie di cui al D. P. C. M. 14.02.01, indicando in particolare le modalità procedurali con le quali l’integrazione deve essere perseguita. Nello specifico, il percorso assistenziale, prevede la definizione della natura del bisogno attraverso una valutazione multidisciplinare di salute e dell’autonomia funzionale nel rispetto di quanto previsto al cap. IV, Le azioni di sistema, punto 4.3.1. del citato Piano Regionale delle Politiche Sociali.

Per ultimo va ricordato che la Giunta regionale, con riferimento alla deliberazione 4 agosto 2004, n. 1104, cap. IV, Le azioni di sistema, punti 4.3.1. e 4.3.2 del citato Piano, ha disciplinato la composizione, i compiti, le funzioni della U.V.D. (Unità di valutazione Multidimensionale) ed ha stabilito, con deliberazione del 15 febbraio 2005, n. 107 che le U.V.M. adottino uno strumento di lavoro per l’accesso ai servizi domiciliari inteso quale unico e completo strumento per la valutazione multidimensionale dell’adulto e dell’anziano individuato nella scheda S.V.A.M.A. (scheda per la valutazione multidimensionale dell’adulto e dell’anziano).

La Azienda U.S.L. FG/3, nell’intento di attuare quanto previsto e stabilito dalla citata normativa nazionale e regionale in materia e con l’obiettivo di potenziare l’assistenza sanitaria territoriale nelle sue diverse articolazioni a livello distrettuale, intende adottare il presente Protocollo Operativo A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata) per la realizzazione e gestione delle attività previste nei Piani di Zona degli ambiti territoriali di Foggia, Lucera, e Troia.

Art. 2 DEFINIZIONE

Secondo quanto previsto dall’Atto di Indirizzo e Coordinamento per l’integrazione Socio-Sanitaria (DPCM 14/2/2001) e dal Piano Sanitario Regionale della Regione Puglia ed in attesa di una più completa definizione dei livelli essenziali di prestazioni sociali, per Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) si intende un servizio che assicura prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali in forma integrata e secondo piani individuali programmati. Il servizio, di competenza del SSN per il tramite delle Aziende Unità Sanitarie Locali e degli Enti Locali, si basa sul modello della domiciliarizzazione delle cure e delle prestazioni intendendosi per domicilio l’abituale ambiente di vita della persona. Esso si caratterizza per la forte integrazione delle prestazioni in relazione alla natura ed alla complessità dei bisogni dei soggetti ai quali si rivolge. Caratteristica peculiare del servizio è la unitarietà dell’intervento inteso come progetto assistenziale personalizzato al quale concorrono i contributi professionali sanitari e di protezione sociale.

Art. 3 OBIETTIVI

Obiettivo specifico dell’A.D.I. è la continuità assistenziale che si basa sulla condivisione degli obiettivi, delle responsabilità e sulla complementarietà delle risorse necessarie per il raggiungimento dei risultati di salute.

Il servizio A.D.I. deve perseguire i seguenti obiettivi:

- mantenere la persona nel proprio contesto di vita con interventi di sostegno al nucleo familiare ed alla persona direttamente interessata con prestazioni socio-sanitarie integrate tra loro erogate in regime domiciliare;
- costituire una valida e concreta alternativa sia all'assistenza sanitaria prestata in regime di ricovero ospedaliero sia alla istituzionalizzazione in R.S.A. (residenza sanitaria assistenziale) e residenza protetta;
- ridurre la permanenza in ospedale e favorire la deospedalizzazione mediante l'istituto della dimissione socio-sanitaria protetta;
- ridurre i ricoveri impropri negli ospedali e nelle strutture residenziali;
- adottare e sviluppare, mediante modalità di intervento basate sul lavoro d'equipe con lo scopo di realizzare la reale integrazione degli interventi, tecniche di intervento finalizzate al recupero, al reinserimento, autonomia e salvaguardia della vita affettiva e di relazione dell'utente;
- sostenere la famiglia e coinvolgerla, per la parte di sua competenza, nella gestione dei piani di assistenza;
- sviluppare forme di collaborazione gestionale con il settore del volontariato, del privato sociale e delle cooperative sociali per la realizzazione degli interventi.

Art. 4 CARATTERISTICHE

Elementi essenziali del servizio A.D.I. sono:

- pianificazione organica delle caratteristiche del servizio in modo uniforme, considerati gli aspetti organizzativi a livello di singolo distretto socio-sanitario, sull'intero territorio dell'ambito;
- valutazione multidimensionale del bisogno e dell'approccio per problemi;
- globalità ed unitarietà dei piani di cura;
- collaborazione tra operatori sanitari, sociali, organizzazione di volontariato e del terzo settore e la famiglia dell'assistito per la definizione e condivisione degli obiettivi;
- continuità degli interventi;
- adozione di una metodologia di lavoro che preveda strumenti organizzativi integranti (riunioni di programmazione degli interventi, coordinamento, valutazione, progettazione del piano assistenziale personalizzato, individuazione del referente familiare e del responsabile del caso, procedure);
- valutazione dei costi delle decisioni;
- valutazione evolutiva degli esiti;
- ruolo del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta per gli aspetti clinici e dell'assistente sociale di zona per gli aspetti sociali;
- esistenza di centri di responsabilità in ambito sanitario e sociale;

Art. 5 DESTINATARI

Il servizio A.D.I. è destinato a soggetti in condizione di non autosufficienza o ridotta autosufficienza temporanea o protratta, derivante da condizioni critiche di bisogno socio-sanitario o patologiche, ed in particolare pazienti che si trovino in una delle seguenti condizioni:

- anziani e disabili, minori ed adulti in condizioni di fragilità, nonché patologie geriatriche con limitazione dell'autonomia;
- patologia acute temporaneamente invalidanti trattabili a domicilio;
- pazienti in dimissione socio-sanitaria protetta da reparti ospedalieri;
- disabilità, pluripatologie e patologie cronico-degenerative che determinano limitazione dell'autonomia;
- patologie oncologiche in fase avanzata;
- patologie HIV correlate in fase avanzata;
- patologie in fase terminale.

Art. 6 CRITERI DI AMMISSIONE

L'accesso al servizio A.D.I. deve essere subordinato ad una preventiva valutazione socio-sanitaria integrata che accerti la presenza dei seguenti requisiti e/o condizioni di eleggibilità:

1. ridotta autosufficienza temporanea o protratta (criterio di appropriatezza). La sussistenza di tale requisito deve essere certificata da attestazione medica, e possibilmente, definita in maniera precisa e standardizzata mediante l'uso di apposite scale di valutazione, validate sul piano scientifico;
2. necessità di assistenza esclusivamente primaria (criterio di appropriatezza). Occorre verificare l'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;
3. complessità assistenziale del paziente (criterio di appropriatezza). Occorre la presenza di bisogni complessi che richiedono contemporaneamente prestazioni sanitarie ed interventi socio-assistenziali da parte di una equipe

- multiprofessionale o, in subordine, di interventi socio-sanitari integrati domiciliari (assistenza tutelare e aiuto infermieristico);
4. possibilità di garantire per quanto possibile un idoneo supporto alla persona. Occorre accertarsi della presenza del nucleo familiare o, in caso di assenza o non totale garanzia di supporto, della possibilità di assicurare la presenza di una rete solidale (volontariato sociale e/o privato, ecc.) o di prestazioni di assistenza tutelare ed aiuto infermieristico in grado di prendersi cura del soggetto;
 5. idoneità delle condizioni abitative o possibilità di renderle tali con interventi di assistenza abitativa. Tale idoneità dovrebbe essere rilevata mediante schede di valutazione sociale standardizzate che valutino la situazione familiare e di integrazione sociale dell'assistito, la sua situazione assistenziale, abitativa, economica, ecc;
 6. criterio della economicità dell'assistenza. Il costo complessivo dell'assistenza domiciliare integrata, al netto della quota di partecipazione dell'utente, non deve essere superiore a quello dell'assistenza in regime residenziale;
 7. requisito della residenza. Sono ammessi al servizio i residenti in uno dei comuni ricadenti nell'ambito territoriale del Piano di zona. La sussistenza di detto requisito determina l'attribuzione dei costi sociali e sanitari rispettivamente a carico del comune di residenza dell'ambito territoriale ed al Distretto socio-sanitario;
 8. condizioni economiche e compartecipazione ai costi degli utenti. Gli utenti sono ammessi al servizio indipendentemente dalle condizioni economiche individuali o familiari. Sulla base della valutazione delle condizioni economiche si definisce la quota di compartecipazione degli utenti al costo del servizio per la parte relativa ai costi socio-assistenziali attribuiti ai comuni.

Art. 7

ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO E MODALITA' DI ACCESSO

L'organizzazione del servizio A.D.I. deve prevedere l'istituzione di organismi socio-sanitari integrati tra l'Azienda Sanitaria Locale FG/3 ed Enti locali, da essi cogestiti e finanziati, in grado di garantire la unitarietà del servizio in tutte le sue fasi (programmazione, esecuzione, valutazione, controllo, ecc.), in coerenza con le indicazioni del Piano Sanitario Regionale e del Piano Regionale delle Politiche Sociali, relative alla integrazione socio-sanitaria.

In linea di massima, come meglio specificato negli articoli successivi, il recepimento della domanda relativa la servizio A.D.I. è di competenza della Porta Unica di Accesso attivata da operatori sociali indicati dai Comuni ricadenti nell'ambito territoriale e da operatori sanitari indicati dalla Azienda U.S.L. FG/3 ad essa specificatamente preposti.

La valutazione della ammissibilità della domanda è di competenza esclusiva della Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.), una equipe professionale con competenze multidisciplinari in grado di comprendere le esigenze dei pazienti con bisogni sanitari e sociali complessi che costituisce l'anello operativo strategico del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

L'Unità di Valutazione Multidimensionale, schematicamente, deve svolgere i seguenti compiti:

- effettuare la valutazione multidimensionale dell'autosufficienza e dei bisogni assistenziali dei pazienti/utenti;
- verificare la presenza di condizioni di eleggibilità ad usufruire del servizio;
- elaborare il piano assistenziale personalizzato (obiettivi e tipologia, frequenza e durata degli interventi), piano condiviso con il paziente e con il nucleo familiare e da essi sottoscritto;
- verificare ed aggiornare l'andamento del piano assistenziale individualizzato;
- procedere alle dimissioni concordate.

L' U.V.M. deve anche programmare e svolgere la progressiva rivalutazione degli utenti già in carico, secondo modalità integrate, per verificare la sussistenza dei criteri di ammissione e di eleggibilità e provvedere di conseguenza. L'accesso di nuovi utenti al servizio A.D.I. e le dimissioni avvengono solo a seguito della valutazione socio-sanitaria congiunta, nelle modalità negoziate tra ASL e Comuni stabilite dalla U.V.M.

Art. 8

GLI STRUMENTI PER LA INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

8.1. La Porta Unitaria di Accesso (PUA)

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 ed il Piano Nazionale degli Interventi e Servizi Sociali 2001-2003 individuano tra gli obiettivi prioritari la realizzazione di un sistema unitario di prestazioni socio-sanitarie per rispondere al bisogno del cittadino mediante la definizione di un progetto personalizzato.

La attivazione di una porta unitaria di accesso al sistema dei servizi sociali e sanitari è una delle condizioni a garanzia di tale processo, così come peraltro previsto e stabilito nella Conferenza Stato-Regioni del 24/07/2003.

Nel caso specifico dei Piani di Zona, si precisa che per quanto riguarda l'ambito dei servizi sociali comunali la Porta Unitaria di Accesso va ad integrarsi con l'organizzazione dei servizi di accoglienza (sportello sociale, segretariato sociale, ecc.) che i Servizi Sociali dei comuni devono organizzare in ciascun ambito territoriale, consentendo in tal modo l'accesso unificato a tutte le prestazioni socio-assistenziali e socio-sanitarie previste dal Piano di Zona.

Nell'ambito, invece, della organizzazione dei Distretti la PUA si deve articolare strettamente con i diversi punti di accesso alla rete dei servizi socio-sanitari distrettuali, attualmente esistenti: Medici di Medicina Generale (MMG) ovvero Pediatri di libera scelta (PLS), servizi di accoglienza ed accettazione delle diverse Unità operative distrettuali, poliambulatori, ecc.

La P.U.A. alle prestazioni socio-sanitarie a gestione integrata e partecipata si deve configurare, con gradualità, come un momento iniziale di raccordo funzionale tra le diverse unità periferiche relativamente a tali tipologie di prestazioni socio-sanitarie e consentire di attuare un percorso assistenziale unitario ed integrato a partire possibilmente da qualsiasi punto di accesso alla rete dei servizi sociali e sanitari.

La P.U.A. rappresenta un passo indispensabile per programmare ed organizzare in maniera ordinata i lavori delle Unità di Valutazione Multidimensionale (per la quale funge da segreteria organizzativa) e gestire in modo razionale l'agenda UVM.

La Porta unitaria d'Accesso svolge i seguenti compiti:

- a) Orientamento della domanda e strumento della programmazione dell'offerta;
- b) Accoglimento all'interno dell'ambito distrettuale di tutte le richieste di assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale a gestione integrata e compartecipata, provenienti dalla "rete formale" (MMG/PLS, Unità operative distrettuali, Presidi ospedalieri, Servizio sociale) del distretto interessato;
- c) Attivazione degli altri referenti territoriali competenti della rete formale dell'utente per un approfondimento della richiesta;
- d) Gestione dell'agenda U.V.M. (organizzazione del calendario dei lavori).

Se la richiesta di assistenza proviene dalla rete formale (MMG/PLS, Unità operative distrettuali, Presidi ospedalieri, Servizio Sociale) essa deve essere effettuata tramite un apposito modulo – scheda di proposta per l'accesso – e trasmesso alla P.U.A. alle prestazioni socio- sanitarie a gestione integrata e partecipata di residenza del cittadino, la quale provvede ad attivare direttamente tutti i principali referenti della Unità di Valutazione Multidimensionale rispetto alla quale svolge funzioni di vera e propria segreteria organizzativa.

Se la richiesta invece proviene dal diretto interessato o dalla rete informale (famiglia, vicinato, volontariato, ecc.) essa deve essere sempre orientata alla rete formale territoriale (MMG/PLS e/o servizio sociale e/o specifiche Unità operative distrettuali) la quale soltanto è abilitata ad effettuare la valutazione di 1° livello della domanda ed eventuale "scheda di proposta per l'accesso".

La "scheda di proposta per l'accesso" deve pertanto contenere possibilmente in forma schematica e a domande chiuse in modo da consentire la elaborazione informatica almeno i seguenti elementi:

- dati anagrafici del cittadino;
- indicazioni generali di carattere socio- ambientale e relativi alle condizioni abitative ed ambientali, alla situazione del nucleo di convivenza, alla rete familiare e sociale di supporto presente, alle condizioni economiche del soggetto e del nucleo familiare;
- condizioni generali di salute, diagnosi clinica e patologie presenti;
- apparenti condizioni di autonomia ed autosufficienza, deambulazione, capacità relazionali;
- prestazione socio sanitaria a gestione integrata e compartecipata richiesta e motivazioni della richiesta;
- principali referenti territoriali da attivare per la valutazione multidimensionale (MMG/PLS, specifiche unità operative distrettuali, servizio sociale).

8.2 Unità di valutazione multidimensionale

La valutazione multidimensionale, l'analisi dettagliata dei problemi e dei bisogni che ogni caso presenta, deve essere l'adempimento prioritario ai fini della definizione del progetto socio- sanitario personalizzato e della presa in carico integrata del cittadino.

La valutazione multidimensionale è effettuata da un team multiprofessionale, l'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.), con competenze multidisciplinari, in grado di comprendere le esigenze di pazienti con bisogni sanitari e sociali complessi ed è istituzionalmente a livello operativo l'organismo che determina l'accesso al sistema dei servizi socio- sanitari di natura domiciliare, semiresidenziale e residenziale a gestione integrata e compartecipata.

L'U.V.M. va istituita in ogni ambito distrettuale ed è composta da:

- a) Direttore del distretto socio- sanitario o suo delegato da esso nominato con funzioni di Coordinatore;
 - b) Operatore sociale nominato dai Comuni dell'ambito territoriale;
- i quali devono assicurare continuità ed univocità di valutazione.

Tale composizione minima deve essere integrata dalle seguenti altre figure professionali idonee alla valutazione del singolo caso della istruttoria preliminare effettuata dalla P.U.A e, comunque, in ogni caso da:

- c) Medico di Medicina generale di riferimento dell'assistito;
- d) Assistente sociale del servizio sociale di riferimento dell'assistito;
- e) Medico specialista della specifica Unità Operativa Distrettuale competente in relazione alle singole patologie così come indicate all'art.5;
- f) Infermiere professionale;
- g) Terapista della riabilitazione;
- h) Personale amministrativo con funzioni di supporto.

Essa svolge i seguenti compiti:

- Effettua la valutazione multidimensionale dell'autosufficienza del paziente e dei bisogni assistenziali dei pazienti e dei loro nuclei familiari (valutazione di 2° livello che fa seguito a quella di 1° livello già contenuta nella "scheda di proposta per l'accesso");
- Verifica la presenza delle condizioni di ammissibilità ad un certo percorso di cura ed assistenza;
- Elabora il progetto socio- sanitario personalizzato;
- Procede alla dimissione concordata.

La valutazione multidimensionale (VMD) deve poi potersi avvalere di strumenti idonei e standardizzati (scheda e scale di valutazione sanitaria e sociale) specifici ed il più possibile omogenei a livello di ambiti territoriali, per rendere omogenei e confrontabili i criteri di valutazione e consentire la definizione quantitativa e qualitativa del servizio.

A tal proposito va precisato che si rende obbligatoria l'adozione della S.V.A.M.A. (Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte ed anziane) secondo quanto stabilito dalla Regione Puglia con deliberazione del 15 febbraio 2005, n. 107.

Occorre, inoltre, che il percorso di valutazione del caso o della richiesta di accesso ai servizi ed i relativi strumenti di analisi e valutazione tengano conto delle seguenti variabili da considerare obbligatoriamente in tutti gli ambiti territoriali e da tutte le Unità di Valutazione Multidimensionale:

- 1) Bisogni reali e prioritari espressi o meno, soprattutto in relazione allo stato di salute, all'autonomia ed alla capacità di supporto del nucleo familiare, ivi compresa la qualità delle condizioni abitative;
- 2) Obiettivi che ragionevolmente si possono raggiungere;
- 3) Interventi da adottare;
- 4) Risorse da attivare;
- 5) Appropriatezza del regime prestazionale da utilizzare.

Art. 9

PROGETTO SOCIO-SANITARIO PERSONALIZZATO

Il progetto socio- sanitario personalizzato è redatto dall'U.V.M. e tiene conto dei bisogni, delle aspettative e priorità del paziente e dei familiari, delle sue menomazioni, disabilità e, soprattutto, delle abilità residue e recuperabili oltre che dei fattori ambientali, personali e familiari e deve definire esplicitamente ed in maniera analitica:

- Gli obiettivi ed i risultati che si intendono raggiungere sia riguardo al paziente che ai suoi familiari i quali possono talvolta costituire un target prioritario dell'intervento;
- Il regime prestazionale (domiciliare, semiresidenziale, residenziale) ed il suo livello di intensità e durata;
- Le azioni, la tipologia delle prestazioni e le figure professionali impegnate;
- La qualità, le modalità, la frequenza e la durata (numero di accessi MMG/PLS, consulenze specialistiche programmate, numero ore giornaliere e settimanali di assistenza domiciliare, ecc) di ogni tipologia d'intervento/ prestazione necessari al raggiungimento degli esiti previsti e desiderati;
- La disponibilità, la qualità di presidi e materiali vari;
- L'individuazione (competenze e funzioni) delle figure di riferimento, ad esempio referente familiare e responsabile della presa in carico;
- La durata complessiva del progetto;
- Gli strumenti (riunioni di verifica/coordinationo, ecc., schede/registri/diario clinico, ecc, indicatori di processo e di risultato, report, ecc.), le scadenze ed i metodi della verifica del progetto personalizzato, in itinere ed ex post, con particolare attenzione alla:
 1. valutazione periodica dei risultati;
 2. verifica della congruità delle misure /risorse impegnate agli obiettivi prefissati;
 3. modalità per garantire la verifica delle prestazioni effettuate da altri soggetti (privato sociale, volontariato, ecc.)

Il progetto socio- sanitario personalizzato è comunicato in modo comprensibile e d' appropriato al paziente ed ai suoi familiari e da essi approvato e sottoscritto. Con esso si conclude la fase preliminare della presa in carico del cittadino la quale deve essere conclusa entro e non oltre 10 giorni lavorativi dalla data della proposta di accesso.

Esso deve essere modificato, adattato e nuovamente comunicato al paziente ed agli operatori qualora si verifichi un cambiamento sostanziale degli elementi di base ai quali è stato elaborato (bisogni, preferenze, menomazioni, abilità – disabilità residue, limiti ambientali e risorse, aspettative, priorità, ecc.). tutte le proposte di modifica strutturale dello stesso vanno ratificate dall'U.V.M.

L'autorizzazione all'accesso al sistema dei servizi socio-sanitari a gestione integrata spetta congiuntamente al Distretto socio-sanitario ed al Servizio sociale d'ambito o del singolo Comune interessato attraverso le rispettive figure di coordinamento o di riferimento a ciò abilitate.

Il regolamento interno per il funzionamento della U.V.M. che i Comuni e la ASL devono adottare definirà anche le modalità di lavoro da adottare nei casi in cui non interviene l'intesa tra i referenti sanitari ed i referenti sociali della U.V.M. allo scopo di tutelare il diritto dell'assistito a ricevere una risposta adeguata alla rispettiva situazione di bisogno.

Art. 9.1.
Tipologie di A.D.I. in relazione alla durata

In relazione alla durata del servizio si distinguono:

- A. A.D.I. a breve termine (circa 3 settimane):
 - situazioni in cui, dopo un aggravamento delle condizioni sanitarie e/o sociali dell'utente, un progetto attivo di educazione sanitaria, assicurazione e sostegno sono essenziali per mantenere in grado le reti familiari di farsi carico dell'assistenza patologie acute in cui il servizio A.D.I. costituisce valida alternativa alla ospedalizzazione;
- B. A.D.I. a medio termine (circa 3 mesi):
 - situazioni in cui un progetto assistenziale personalizzato di più ampio respiro è finalizzato a sostenere il nucleo familiare o la rete solidale in un periodo critico o a promuovere l'autonomia dei pazienti in fase terminale;
- C. A.D.I. a lungo termine (6 mesi rinnovabili):
 - casi in cui evita l'ingresso in strutture residenziali e casi in A.D.I. evita l'ospedalizzazione impropria o ripetuta.

Art. 10 RINVIO

Per quanto non previsto si rinvia la Regolamento A. D. I. approvato dall'Ambito e nel tempo vigente.