



Regolamento di accesso ai servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati per le persone non autosufficienti

Az. USL 8
Comunità Montana Zona G
Bibbiena Castel Focognano Castel S. Niccolò Chitignano Chiusi della Verna Montemignaio
Ortignano Raggiolo Poppi Pratovecchio Stia Talla

Zona Socio-Sanitaria Casentino

Regolamento di accesso ai servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati per le persone non autosufficienti

Premessa

In osservanza delle disposizioni di cui:

- alla **Legge Regionale n. 66 del 18 dicembre 2008** *"Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza"*;
- alla **Delibera della Giunta Regionale Toscana n. 385/09** *"Atto di indirizzo regionale per le modalità di compartecipazione al costo delle prestazioni di cui all'art. 14 LR 66/08"*;
- alla **Delibera della Giunta Regionale Toscana n. 370 del 22.03.2010** *"Approvazione del "Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente"*;
- al **Decreto RT n. 1354 del 25.03.2010** *"Del. GRT n. 370 del 2010: approvazione delle nuove procedure di valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno della persona anziana non autosufficiente, in sostituzione delle procedure valutative approvate con Deliberazione di Consiglio Regionale n. 214 del 02/07/1991."*;
- al **Decreto RT n. 1759 del 16.10.2010** *"Decreto n. 1354 del 25 marzo 2010. Modifica Allegato A)."*;
- alla **Delibera della Società della Salute Casentino n. 27 del 19/11/2008** *"Intesa interistituzionale tra Regione Toscana e Società della Salute Casentino per il governo dell'assistenza continua alla persona non autosufficiente / approvazione"*
- alla **Delibera della Giunta Regionale Toscana n. 580 del 06.07.2009** *"Nomenclatore degli interventi e dei servizi sociali della Regio Toscana: approvazione dello strumento di classificazione e avvio del percorso di applicazione"*;

e nel rispetto del principio di universalità dell'accesso alle prestazioni il presente documento disciplina modalità uniformi per tutta la Zona Socio-Sanitaria Casentino per la definizione :

- della 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;
- dei criteri di priorità e precedenza per l'accesso ai servizi, prestazioni, interventi previsti dall'art. 7 L.R. 66/08 rivolti ad anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti e a persone disabili in condizione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate), definiti nel Progetto Assistenziale Personalizzato, di seguito P.A.P.

Regolamento di accesso ai servizi sociali integrati per le persone non autosufficienti

I livelli economici, le rette e le quote di compartecipazione sono definiti nelle disposizioni attuative uniche a livello di zona da approvarsi annualmente ad opera degli organi esecutivi degli enti, ovvero dell'ente gestore, previo parere della Giunta della Società della Salute Casentino.

Sono fatte salve tutte le disposizioni del *Regolamento per l'erogazione dei servizi sociali* attualmente vigente che non siano in contrasto con il presente atto o con prescrizioni contenute in atti normativi di livello superiore nella gerarchia delle fonti.

Per quanto non esplicitato nel presente atto si rinvia alle disposizioni contenute nella normativa regionale di riferimento ed in particolare alla Delibera della Giunta Regionale Toscana n. 385/09.

PARTE PRIMA

AREA ANZIANI

In quest'area rientrano gli interventi e i servizi mirati a migliorare la qualità della vita delle persone anziane, persone con età uguale o superiore a sessantacinque anni, non-autosufficienti.

AREA ANZIANI NON-AUTOSUFFICIENTI

L'anziano ultrasessantacinquenne non-autosufficiente portatore di un bisogno complesso - sociale e sanitario - ha diritto ad essere avviato al percorso di valutazione del proprio bisogno, da parte di una equipe multiprofessionale appositamente istituita presso il Distretto socio-sanitario di Bibbiena denominata Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.), che predispone un Progetto di Assistenza Personalizzato (P.A.P.) condiviso con la famiglia che risponda alle sue esigenze assistenziali sanitarie e sociali.

Il Piano Assistenziale Personalizzato contiene gli obiettivi, le attività, i servizi, gli interventi, nonché la loro durata.

La condizione di non autosufficienza deve essere accertata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.).

Gli strumenti di valutazione utilizzati dagli operatori dell'Unità di Valutazione Multidimensionale sono definiti dalla Regione Toscana nell'ambito della gestione del progetto regionale per l'utilizzo del Fondo per la non autosufficienza.

Le attività e le risorse organizzative dedicate all'area in oggetto sono disciplinate a livello regionale con particolare riferimento alla L.R. 66/2008 e s.m.i. e a livello locale dall'Intesa Interistituzionale tra Regione, Società della Salute Casentino, Azienda USL N. 8 per il governo dell'assistenza continua alla persona non autosufficiente nella Zona Casentino, cui si rinvia.

SERVIZI DOMICILIARI E SEMIRESIDENZIALI

ART. 1 - ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI) DIRETTA

1.1. Destinatari:

Anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti.

1.2. Oggetto e finalità:

L'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) è un complesso di prestazioni socio-assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche, riabilitative) erogate in maniera integrata a domicilio a

persone non autosufficienti o di recente dimissione ospedaliera, per evitare ricoveri impropri e mantenere il paziente nel suo ambiente di vita. Le prestazioni sono definite dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare (U.V.M.) attraverso il Piano Assistenziale Personalizzato (P.A.P.).

1.3. Modalità d'accesso:

La segnalazione del bisogno deve essere presentata ai Punti Insieme, presenti in ciascuna sede comunale e presso il Distretto di Bibbiena; la valutazione del bisogno viene effettuata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), che predispose, d'intesa con la famiglia, un Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP) che definisce l'intervento ritenuto appropriato per affrontare efficacemente il bisogno della persona.

1.4. Compartecipazione ai costi:

Vedi art. 7 Parte "Area Non Autosufficienza"

ART. 2 - SERVIZIO DI TELESOCORSO/TELEASSISTENZA

2.1. Oggetto e finalità:

Il servizio di Telesoccorso va ad integrare quei servizi di natura preventiva che hanno lo specifico compito di tutelare e proteggere le parti più deboli della popolazione, più esposta a rischi di natura sanitaria e sociale come gli anziani soli affetti da patologie di una certa rilevanza.

Il servizio di teleassistenza si articola nella duplice funzione di telesoccorso per fronteggiare in primo luogo situazioni di emergenza che richiedano un intervento immediato volto al soccorso e di telecontrollo per assicurare un'azione di prevenzione socio-sanitaria, di accertamento delle condizioni psico-fisiche e di sostegno psico-relazionali degli utenti.

Il servizio eroga le seguenti prestazioni:

- ricezione delle richieste di intervento o di soccorso provenienti dei cittadini ammessi a beneficiare del servizio. Tale servizio viene effettuato attraverso il collegamento dei terminali degli utenti ad un centro operativo diurno/feriale e contemporaneamente ad un secondo centro operativo il cui funzionamento è previsto 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno;
- effettua, almeno per una volta alla settimana, telefonate di controllo agli utenti collegati, nel giorno e nelle ore concordate con gli stessi al momento dell'attivazione del servizio. Tale compito sarà limitato alle sole ore diurne con esclusione delle giornate festive;
- attiva i soccorritori preposti a soddisfare le esigenze manifestate dagli utenti e/o per prestare ai medesimi il soccorso più idoneo;

2.2. Destinatari:

Il servizio di Telesoccorso è destinato ad anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti, in particolare ad anziani ad alto rischio sanitario incapaci di provvedere da soli o attraverso la propria rete di relazioni alle emergenze.

2.3. Modalità di accesso:

La segnalazione del bisogno deve essere presentata ai Punti Insieme, presenti in ciascuna sede comunale e presso il Distretto di Bibbiena; la valutazione del bisogno viene effettuata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.), che predispone, d'intesa con la famiglia, un Progetto Assistenziale Personalizzato (P.A.P.) che definisce l'intervento ritenuto appropriato per affrontare efficacemente il bisogno della persona.

2.4. Compartecipazione ai costi:

Vedi art. 7 Parte "Area Non Autosufficienza"

ART. 3 - TRASPORTI SOCIALI E SPECIALI

3.1. Oggetto e finalità:

Per trasporti sociali s'intendono i servizi che il Comune può assicurare per consentire ai destinatari la possibilità di fruire di interventi socio - sanitari non domiciliari.

Il servizio di trasporto sociale è assicurato tramite appositi servizi prestati da aziende pubbliche e/o private, da associazioni di volontariato ed appositamente convenzionati secondo le normative vigenti.

3.2. Destinatari:

Anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti.

3.3. Compartecipazione ai costi:

Per la compartecipazione alla spesa si applicano i criteri e le procedure previste per l'assistenza domiciliare. Vedi art. 7 Parte "Area Non Autosufficienza".

ART. 4 – DISTRIBUZIONE PASTI E/O LAVANDERIA A DOMICILIO

4.1. Oggetto e finalità:

Nell'ambito degli interventi definiti nel P.A.P. può essere attivato un servizio di erogazione di pasti destinato ad anziani o coppie di anziani che siano impossibilitati a provvedere autonomamente alla preparazione dei pasti.

Per l'erogazione dell'intervento è previsto l'utilizzo della mensa comunale o della locale R.S.A. o, in assenza di esse, di altri servizi di ristorazione convenzionati.

Può essere, inoltre, attivato il servizio di lavanderia a domicilio per il quale si può utilizzare la locale R.S.A. o, in assenza, altri servizi di lavanderia convenzionati.

4.2. Destinatari:

Anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti.

4.3. Compartecipazione ai costi:

Per la compartecipazione alla spesa si applicano i criteri e le procedure previste per l'assistenza domiciliare. Vedi art. 7 Parte "Area Non Autosufficienza".

ART. 5 - PUNTO ASCOLTO ALZHEIMER

5.1. Destinatari:

Familiari che devono affrontare lo stress psicologico e relazionale derivante dall'attività quotidiana di cura in un contesto di decadimento del proprio congiunto.

5.2. Oggetto e finalità:

Il Punto Ascolto Alzheimer, presente presso il Centro Diurno Alzheimer, svolge funzioni di informazione e orientamento per le persone che si prendono cura del malato di Alzheimer con l'obiettivo di:

- offrire informazioni sulla rete dei servizi territoriali a sostegno delle famiglie che assistono malati di Alzheimer;
- orientare la famiglia verso l'accesso ai servizi stessi.
- educare chi presta cura alla valutazione e al sostegno delle proprie risorse, attraverso il gruppo di mutuo-aiuto.

La consulenza medica, legale e psicologica è disponibile su appuntamento presso il Centro Diurno.

5.3. Modalità di accesso:

Attraverso numero telefonico dedicato.

5.4. Compartecipazione ai costi:

Il servizio è gratuito.

ART. 6 - SERVIZI SEMI-RESIDENZIALI

6.1. Destinatari:

Anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti, residenti presso il proprio domicilio.

Disabili certificati ai sensi della legge 104/92 con caratteristica di gravità e anziani non autosufficienti malati di Alzheimer e demenze.

6.2. Oggetto e finalità:

Il Centro Diurno è una struttura semi-residenziale, che si pone a livello intermedio nella rete dei servizi e quindi come momento di prevenzione secondaria.

Regolamento di accesso ai servizi sociali integrati per le persone non autosufficienti

Si configura come luogo di accoglienza, tutela e assistenza ed è finalizzato a mantenere l'anziano o l'adulto al proprio domicilio.

È un servizio complesso a ciclo diurno che fornisce interventi a carattere socio-sanitario. Il servizio è indirizzato ad anziani non autosufficienti, con diversi profili di autonomia, in stato di disagio socio-sanitario residente presso il proprio domicilio.

Ha la finalità di prevenire l'istituzionalizzazione e il decadimento psicofisico dell'anziano, di fornire il sostegno e sollievo agli anziani e/o alle loro famiglie.

Il Centro Diurno Alzheimer è finalizzato ad un percorso assistenziale e riabilitativo alla persona affetta da patologia di Alzheimer e demenze.

6.3. Modalità d'accesso:

La segnalazione del bisogno deve essere presentata ai Punti Insieme. La valutazione del bisogno viene effettuata dall'U.V.M., che predispone, d'intesa con la famiglia, un P.A.P. (Progetto Assistenziale Personalizzato) che definisce l'intervento ritenuto appropriato per affrontare efficacemente il bisogno della persona.

I ricoveri semi-residenziali avvengono presso:

1. Centri Diurni per la non autosufficienza stabilizzata
2. Centri Diurni per soggetti affetti da patologia di Alzheimer e demenze.

Le caratteristiche della frequenza, in termini di periodo di permanenza, orari e giorni settimanali, sono definiti nel P.A.P., anche in relazione alle disponibilità della struttura.

Per accedere al Centro Diurno Alzheimer è necessario acquisire la diagnosi da parte dello specialista neurologo.

Per coloro che frequentano il Centro Diurno l'UVM è chiamata a provvedere a verifiche del Piano di trattamento.

6.4. Compartecipazione ai costi:

Vedi art. 7 Parte "Area Non Autosufficienza".

ART. 7 – MODALITÀ DI COMPARTECIPAZIONE AL COSTO DEI SERVIZI DOMICILIARI E SEMIRESIDENZIALI

7.1. Modalità di compartecipazione

Per la compartecipazione al costo dei servizi domiciliari e semiresidenziali si considera la situazione economica del solo assistito, definita in base all'ISEE estratto da quello calcolato sul nucleo familiare anagrafico. Tale ISEE estratto terrà conto anche delle eventuali persone fiscalmente a carico come risulta dalle certificazioni fiscali.

La mancata presentazione dell'ISEE da parte dell'utente non preclude l'accesso e la fruizione dei servizi, ma comporta il pagamento dell'intera quota di compartecipazione, pari al costo del servizio.

È prevista la compartecipazione al costo dei servizi per coloro che hanno un ISEE superiore alla soglia di esenzione definita a livello regionale, pari al 125% dell'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS.

La compartecipazione all'intero costo del servizio è prevista per coloro che hanno un ISEE pari o superiore alla soglia di non esenzione.

Per gli utenti che hanno un ISEE compreso tra la soglia di esenzione e quella di non esenzione si applica una quota di compartecipazione basata su un sistema di scaglionamento progressivo sulla base di 21 fasce di contribuzione.

7.2. Quota di salvaguardia

L'importo complessivo delle compartecipazioni ai costi del/i PAP deve sempre consentire all'assistito il mantenimento della quota di salvaguardia, corrispondente alla soglia di esenzione definita a livello regionale.

ART. 8 – CONTRIBUTO PER ASSISTENTE FAMILIARE

8.1. Oggetto e finalità:

Mantenere la persona non autosufficiente nel contesto di vita attraverso il supporto di un familiare, ovvero di un operatore esterno alla famiglia che assicura la cura e la protezione della persona.

8.2. Destinatari:

Possono usufruire del contributo per assistente familiare gli anziani non autosufficienti con livello di isogravità minimo "3" che vivono al proprio domicilio i cui bisogni assistenziali vengono soddisfatti da un'assistente familiare che può appartenere anche alla rete parentale.

L'assistente familiare deve garantire gli interventi previsti dal P.A.P., definito dall'U.V.M. competente.

Sia nel caso di care giver familiare che extrafamiliare, il rapporto di lavoro deve essere formalizzato con regolare contratto di lavoro al **livello minimo "C super" del CCNL di lavoro domestico per almeno 25 ore settimanali.**

8.3. Entità del contributo:

Sulla base della valutazione effettuata dall'U.V.M., il contributo può essere concesso dietro presentazione del contratto regolarmente stipulato con l'assistente familiare e dei cedolini attestanti l'avvenuto pagamento degli oneri INPS relativi al contratto.

L'entità massima del contributo dipende dal livello di isogravità della non-autosufficienza risultante dal P.A.P. e dalla situazione reddituale (ISEE estratto) così come di seguito specificata per l'anno 2010:

- a. da un massimo di € 450,00 ad un minimo di € 260,00 per isogravità 5, a scalare in base alle fasce ISEE riportate nella della tabella di riferimento di cui alle disposizioni attuative annuali;

- b. da un massimo di € 310,00 ad un minimo di € 170,00 per isogravità 4, a scalare in base alle fasce ISEE riportate nella della tabella di riferimento di cui alle disposizioni attuative annuali;
- c. da un massimo di € 120,00 ad un minimo di € 80,00 per isogravità 3, a scalare in base alle fasce ISEE riportate nella della tabella di riferimento di cui alle disposizioni attuative annuali.

L'erogazione del contributo economico, quando sussistono le condizioni, viene concesso per il periodo previsto nel Piano Assistenziale Personalizzato (P.A.P.) e decorre dalla data di sottoscrizione dello stesso, salvo la sussistenza del contratto stipulato a norma del CCNL di lavoro domestico per almeno 25 ore settimanali. Nel caso il contratto di lavoro domestico abbia una data successiva alla data di stipula del Piano Assistenziale Personalizzato (P.A.P.), il contributo decorrerà dalla data del contratto. Le spese che vengono sostenute con il contributo in oggetto devono essere documentate, producendo il contratto di lavoro e le ricevute dei versamenti degli oneri contributivi, assicurativi e previdenziali.

Il beneficiario è tenuto a comunicare le variazioni intervenute suscettibili di incidere sostanzialmente sul P.A.P., quali: il decesso, il ricovero definitivo in struttura non convenzionata, il ricovero ospedaliero che si protragga oltre 15 gg. dell'assistito, il sopravvenire dell'indisponibilità del care giver, ecc. In caso di omessa comunicazione, è previsto il recupero delle somme indebitamente erogate.

Nel caso in cui il contributo venga erogato per sostenere il care giver familiare, questo è tenuto al rispetto del piano delle attività previste nel Piano Assistenziale Personalizzato (PAP).

SERVIZI RESIDENZIALI PER ANZIANI ULTRASESSANTACINQUENNI NON AUTOSUFFICIENTI

ART. 9 – STRUTTURA RESIDENZIALE PER ANZIANI

9.1. Oggetto e finalità

La struttura residenziale eroga prestazioni socio-assistenziali e ad integrazione socio-sanitaria, con convenzione con l'Az. Usl 8, destinata ad accogliere temporaneamente o permanentemente persone anziane non autosufficienti, impossibilitate a rimanere presso il proprio domicilio che necessitano di protezione diretta ad integrare o sostituire la limitazione totale e stabilizzata delle loro capacità.

La condizione di non autosufficienza è certificata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) costituita ai sensi della L. R. 66/2008 e la graduatoria di ammissione è tenuta dall'Az. Usl n. 8 e gestita dall'U.V.M. competente per la Zona Casentino, con le modalità indicate al punto 11.2.

La struttura residenziale ha il compito di garantire agli ospiti un adeguato benessere personale ed un buon livello di comfort abitativo ed assistenziale che tenda a riprodurre l'ambiente familiare, nel rispetto dell'autonomia individuale e della riservatezza personale.

Ha altresì il compito di favorire, quando possibile, i rapporti degli ospiti con l'esterno nonché di promuovere la partecipazione dei familiari e di accogliere e valorizzare l'apporto del volontariato sia da

parte dei singoli cittadini che da parte di associazioni, apporto che deve essere coordinato ed integrato nei programmi che la struttura intende realizzare.

9.2. - Ammissione ai Servizi Residenziali

I ricoveri in Residenze Sanitarie Assistite si distinguono in “ricoveri residenziali temporanei”, “ricoveri semi-residenziali” e “ricoveri residenziali a tempo indeterminato”.

Ai sensi del Regolamento di attuazione dell'art.62 della L.R. 41/05, l'accoglienza presso Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.) è riservata a persone ultrasessantacinquenni.

È esclusiva competenza dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) valutare l'eventuale possibilità di inserimento in Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.) di persone al di sotto dei 65 anni, purché con certificazione di disabilità grave ai sensi della L. 104/92 e per i quali, ai fini della definizione del Piano Abilitativo Riabilitativo Generale (P.A.R.G.), sia stata verificata l'impossibilità di ogni altra soluzione di intervento.

Il ricovero temporaneo ed il ricovero semi-residenziale, presso Centri Diurni, hanno la finalità prioritaria del mantenimento a domicilio della persona non autosufficiente.

Il ricorso agli inserimenti a tempo indeterminato in Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.) è limitato ai soli casi il cui bisogno assistenziale sia valutato in sede di Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) non affrontabile attraverso le tipologie disponibili di intervento domiciliare diretto o indiretto, semi-residenziale o residenziale temporaneo.

L'Unità di valutazione Multidimensionale (U.V.M.), oltre a individuare la soluzione residenziale come quella appropriata al caso, può, nel Piano Assistenziale Personalizzato (P.A.P.), sulla base delle caratteristiche del caso e delle peculiarità delle strutture, procedere ad individuare altresì come appropriata una particolare struttura, escludendo le altre.

La comunicazione dell'ammissione sarà data al richiedente per iscritto ad opera del gestore della graduatoria, anticipata telefonicamente dal responsabile del caso, invitandolo ad indicare il giorno in cui intende entrare nella residenza. L'entrata stessa non potrà essere ritardata di oltre 3 giorni dalla comunicazione.

Al momento della sottoscrizione del P.A.P., per l'inserimento nella lista di attesa, deve essere contestualmente consegnata l'impegnativa al pagamento della retta quota sociale totale o della compartecipazione definita sulla base dell'istruttoria per l'erogazione dell'integrazione retta a carico del Comune.

Nel caso dei ricoveri temporanei di emergenza e/o a seguito di dimissione ospedaliera, l'istruttoria dovrà essere completata entro 15 gg. dall'inserimento nella struttura. In alternativa, dovrà essere sottoscritta apposita dichiarazione attestante la presa visione delle disposizioni regolamentari.

9.3. - Tipologie di ricovero temporaneo

I ricoveri temporanei in favore di anziani non autosufficienti si distinguono nelle seguenti tipologie:

1. Ricoveri temporanei di emergenza
2. Ricoveri temporanei programmati a sostegno della famiglia
3. Ricoveri temporanei a seguito di dimissione ospedaliera
4. Ricoveri temporanei in modulo per persone affette da Alzheimer

9.3.1. - Ricoveri temporanei di emergenza

I ricoveri temporanei di emergenza si configurano nei casi di mancanza improvvisa ed assoluta di assistenza minima vitale da parte della rete parentale, che possa determinare grave danno per lo stato di salute della persona.

Il ricovero temporaneo di emergenza ha una durata massima di 45 giorni.

Durante tale periodo l'UVM predisporrà un nuovo PAP che preveda il rientro a domicilio o, se del caso, l'assistenza presso una struttura residenziale. In questo ultimo caso, l'ingresso in struttura dell'assistito avrà la priorità rispetto alla lista di attesa.

9.3.2 - Ricoveri temporanei programmati a sostegno della famiglia

I ricoveri temporanei programmati a sostegno della famiglia sono rivolti a ridurre lo stress derivante dal carico assistenziale e a rispondere appropriatamente ad eventuali periodi pianificati di assenza del care-giver.

In periodi ad alta intensità di richiesta (festività natalizie, pasquali, periodo estivo dal 1 giugno al 30 settembre) è data priorità a coloro che si ritrovano nelle seguenti condizioni:

- a) situazione di grave malattia dei familiari, certificata dal medico di MMG o dal medico specialista;
- b) assenza prolungata dei familiari per situazioni lavorative fuori regione o fuori del territorio nazionale o, comunque, che non consentono il rientro quotidiano a domicilio;
- c) presenza, all'interno dello stesso nucleo, di:
 - anziani non autosufficienti (con possibilità di verifica da parte degli operatori socio-sanitari del Presidio di appartenenza);
 - disabili certificati ai sensi della legge 104/92 con caratteristica di gravità.

A parità di condizioni socio-ambientali è considerata prioritaria la situazione di coloro che durante l'anno non hanno usufruito di alcun sostegno assistenziale pubblico.

I ricoveri temporanei programmati possono essere concessi per un massimo di due volte in un anno e per periodi che non superino i 60 giorni ciascuno.

9.3.3. - Ricoveri temporanei a seguito di dimissione ospedaliera

L'UVM chiamata a predisporre un PAP per garantire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio a persona permanentemente o temporaneamente non autosufficiente può - al momento della dimissione ospedaliera e in collaborazione con l'Agenzia Ospedaliera - prevedere un ricovero temporaneo in RSA, comunque con finalità del rientro a domicilio, nei seguenti casi:

- a) persona sola
- b) persona con una rete parentale non in grado di garantire adeguata assistenza nella fase sub-acuta della malattia, per i seguenti motivi:
 - situazione di grave malattia dei familiari, certificata dal medico di MMG o dal medico specialista;

- assenza prolungata dei familiari per situazioni lavorative fuori regione o fuori del territorio nazionale o, comunque, che non consentono il rientro quotidiano a domicilio;
- presenza, all'interno dello stesso nucleo, di anziani non autosufficienti (con possibilità di verifica da parte degli operatori socio-sanitari del Presidio di appartenenza) ovvero disabili certificati ai sensi della legge 104/92 con caratteristiche di gravità;
- presenza di una rete parentale temporaneamente non preparata alla gestione a domicilio della complessità socio-sanitaria propria dell'assistito.

Il ricovero temporaneo a seguito di dimissione ospedaliera non può superare i 45 giorni, entro il termine dei quali l'U.V.M. è chiamata a predisporre un nuovo P.A.P. che preveda il rientro a domicilio o, se del caso, l'assistenza presso una struttura residenziale.

9.3.4. - Ricoveri temporanei nel modulo Alzheimer

Il modulo Alzheimer accoglie persone con diagnosi di demenza e disturbi del comportamento evidenziati in fase di valutazione in U.V.M. e certificati da un medico specialista.

Prima dell'ingresso in R.S.A. l'U.V.M. predispone il Piano di trattamento (quale allegato al P.A.P.) finalizzato a descrivere specificatamente gli obiettivi da raggiungere durante la permanenza in R.S.A. e gli strumenti e le risorse da attivare all'uopo.

L'U.V.M. è chiamata a provvedere a verifiche intermedie del Piano di trattamento obbligatoriamente a 3 e a 6 mesi. Alla scomparsa del disturbo comportamentale, l'U.V.M. è chiamata a predisporre un programma alternativo.

La durata complessiva del ricovero non può comunque superare i 10 mesi consecutivi.

Art. 10 - MODALITÀ DI EROGAZIONE DELL'INTEGRAZIONE RETTA (QUOTA SOCIALE) DEI SERVIZI RESIDENZIALI TEMPORANEI

10.1. Modalità di compartecipazione

Ai fine dell'erogazione dell'integrazione della retta (quota sociale) dei servizi residenziali temporanei si considera la situazione economica del solo assistito, definita in base all'ISEE estratto da quello calcolato sul nucleo familiare anagrafico. Tale ISEE estratto terrà conto anche delle eventuali persone fiscalmente a carico come risulta dalle certificazioni fiscali.

La mancata presentazione dell'ISEE da parte dell'utente non preclude l'accesso e la fruizione dei servizi, ma comporta il pagamento dell'intera retta (quota sociale).

L'erogazione dell'integrazione alla retta (quota sociale) sarà pari al 100% della quota sociale per coloro che hanno un ISEE inferiore alla soglia di esenzione definita a livello regionale, pari al 125% dell'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS.

La mancata erogazione dell'integrazione retta è prevista per coloro che hanno un ISEE pari o superiore alla soglia di non esenzione.

Per gli utenti che hanno un ISEE compreso tra la soglia di esenzione e quella di non esenzione l'importo a carico dell'utente è determinato attraverso il sistema di scaglionamento progressivo sulla base di 21 fasce, per il quale si rinvia alle disposizioni attuative annuali. La quota residua, pari alla differenza tra l'ammontare della retta quota sociale e l'importo a carico dell'assistito, è posta a carico del comune.

10.2. - Quota di salvaguardia

L'importo complessivo delle compartecipazioni ai costi del/i P.A.P. deve sempre consentire all'assistito il mantenimento della quota di salvaguardia, corrispondente alla soglia di esenzione definita a livello regionale.

Art. 11 - RICOVERI A TEMPO INDETERMINATO

11.1. – Destinatari

Possono essere inseriti in R.S.A. a tempo indeterminato gli anziani per i quali l'UVM, applicando gli strumenti di valutazione della condizione di non autosufficienza previsti ai sensi della L.R. 66/2008, abbia rilevato una condizione di elevato bisogno assistenziale "contestualizzato" con una assoluta inadeguatezza ambientale o che sussistano le seguenti condizioni:

- a) persona sola
- b) persona con una rete parentale non in grado di garantire adeguata assistenza per i seguenti motivi:
 - situazione di grave malattia dei familiari, certificata dal medico di famiglia o specialista;
 - assenza prolungata dei familiari per situazioni lavorative fuori regione o fuori del territorio nazionale o, comunque, che non consentono il rientro quotidiano a domicilio;
 - presenza, all'interno dell'eventuale nucleo familiare, di anziani non autosufficienti (con possibilità di verifica da parte degli operatori socio-sanitari del Presidio di appartenenza) ovvero disabili certificati ai sensi della legge 104/92 con caratteristiche di gravità.

Gli anziani che – ospiti presso una struttura residenziale per anziani autosufficienti – siano valutati dall'U.V.M. come non autosufficienti con un livello di gravità superiore a 3, possono essere inseriti nella lista di attesa di accesso alle R.S.A., purché siano riscontrate le condizioni di cui ai punti a) e b) del paragrafo precedente o la condizione di cui al punto c) che segue:

- c) persona con una rete parentale presente ed adeguata, ma per la quale sussistano contestualmente le seguenti ulteriori condizioni:
 - che il ricovero nella residenza sia avvenuto da almeno un anno e in condizioni di autosufficienza e che tali condizioni siano comprovabili attraverso la documentazione di ingresso rilasciata dalla struttura e il certificato del MMG redatto al momento dell'ingresso;
 - che l'anziano non sia dotato di una casa di proprietà adeguata ai suoi bisogni assistenziali;

- che attraverso una dichiarazione da parte del coniuge e dei figli, se esistenti, rilasciata al servizio sociale professionale, si attesti che non sia possibile una sistemazione al domicilio del coniuge o dei figli a causa della presenza di barriere architettoniche e/o in mancanza di stanza dedicata;

11.1. - Modalità di accesso

In caso di indisponibilità di posti-letto al momento della sottoscrizione del P.A.P., l'anziano è inserito in una apposita lista di attesa gestita dall'UVM, redatta sulla base dei criteri e priorità di cui al punto 11.2. In fase di istruttoria, il case-manager recepisce formalmente preferenze dell'anziano rispetto alle strutture presso le quali è disposto all'inserimento in caso di disponibilità di posti-letto, ma contestualmente dà la disponibilità all'inserimento presso le altre strutture presenti nella Zona Casentino.

Una volta sottoscritto il Piano Assistenziale Personalizzato (P.A.P.) proposto dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.), nel quale sono registrate anche tali preferenze, l'anziano è tenuto comunque ad accettare il ricovero presso una delle strutture nelle quali si è liberato il posto-letto, in attesa del trasferimento presso la struttura prescelta, pena la cancellazione dalla lista di attesa. Il trasferimento sarà proposto al momento della disponibilità del posto letto nella struttura prescelta, salvo che il posto suddetto non sia stato individuato dall'U.V.M. quale adatto all'inserimento sopravvenuto di altro assistito per esigenze socio-sanitarie.

La rinuncia all'inserimento, formulata per iscritto entro 24h dalla comunicazione telefonica della disponibilità del posto ad opera del responsabile del caso, è sempre causa di cancellazione dalla lista di attesa, salvo che questa sia dovuta a motivazioni legate allo stato di salute, certificate dal medico di MMG o - in caso di degenza - dal medico ospedaliero.

11.2. - Formulazione della lista di attesa: criteri generali di priorità e precedenza

Nel caso in cui le risorse disponibili non siano sufficienti a dare immediata risposta ai P.A.P. viene predisposta una lista d'attesa sulla base dei seguenti criteri di priorità e precedenza.

La graduatoria è redatta in ordine crescente (dal punteggio più basso a quello più alto) tenendo conto dei punteggi attribuiti dall'U.V.M. alla rete assistenziale, alla condizione abitativa e al livello di copertura assistenziale previsti nella scheda sociale adottata a livello regionale.

A parità di punteggio sociale precede chi ha livello di isogravità maggiore; a parità di isogravità precede chi ha ISEE più basso, seguono coloro che non presentano ISEE, che vengono ordinati secondo la data di segnalazione del bisogno e, in subordine, in base alla data di nascita (dal più vecchio al più giovane).

Art. 12 - MODALITÀ DI EROGAZIONE DELL'INTEGRAZIONE RETTA (QUOTA SOCIALE) DEI SERVIZI RESIDENZIALI DEFINITIVI

12.1. Modalità di erogazione

Regolamento di accesso ai servizi sociali integrati per le persone non autosufficienti

1. L'anziano partecipa alla quota sociale della struttura con tutte le indennità di natura previdenziale ed assistenziale percepite per il soddisfacimento delle sue esigenze di accompagnamento e di assistenza. L'assistito è tenuto a destinare al pagamento della quota sociale anche le quote arretrate di tali indennità a partire dalla data del suo ingresso in struttura residenziale.
2. La compartecipazione sulla quota sociale residuale è pari al 100% dell'ISEE estratto calcolato sul solo utente, ed eventuali familiari fiscalmente a suo carico.
3. Qualora l'ISEE del beneficiario non comporti la copertura del 100% del costo, si passa a valutare anche la situazione reddituale e patrimoniale del coniuge e dei parenti in linea retta entro il primo grado sommando il valore dell'ISEE estratto di ciascuno (tenendo conto anche delle eventuali persone fiscalmente a carico come risulta dalle certificazioni fiscali) al netto della quota di esenzione prevista a livello regionale.

Nei casi in cui il nucleo familiare sia monoreddito, con l'ingresso in struttura residenziale dell'anziano, se insorgono difficoltà economiche tali da non consentire al coniuge, privo di redditi sufficienti di vivere autonomamente, si applica all'assistito la soglia di esenzione totale pari a quella prevista per le prestazioni di tipo semi-residenziale e domiciliare al fine di lasciare in disponibilità del nucleo familiare un ISEE almeno pari al 125% del trattamento minimo della pensione INPS.

4. Al ricoverato deve essere garantita la disponibilità di una quota per le proprie spese personali, pari ad un sesto del trattamento minimo INPS.

Nel caso in cui all'ISEE estratto dell'assistito venga applicata una scala di equivalenza con la maggiorazione dello 0,50 (per soggetti con handicap permanente grave o invalidità superiore al 66%), si considera la somma che di conseguenza rimarrà in disponibilità dell'assistito quale quota garantita. In ogni caso la quota garantita da lasciare in disponibilità dell'assistito non potrà essere inferiore a 1/6 dell'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS.

5. La mancata presentazione dell'ISEE non preclude l'accesso e la fruizione dei servizi residenziali, ma comporta il pagamento dell'intera quota di compartecipazione, pari alla quota sociale del servizio.

6. Il costo del servizio è pari alla quota sociale delle strutture convenzionate.

7. Nel caso in cui la compartecipazione non copra l'intera quota sociale, il Comune eroga l'integrazione retta calcolata a seguito dell'istruttoria sopra definita. Si concorderà con il Comune dell'ultima residenza le modalità di rivalsa sui beni immobili di esclusiva disponibilità del ricoverato, ovvero di iscrizione a ruolo di un credito che trovi soddisfazione sull'asse ereditario, incrementato degli interessi legali.

8. 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.

9. 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 dell'integrazione della retta; ovvero il ricoverato sarà supportato dall'ente nelle procedure di locazione del bene e il canone mensile così introitato verrà destinato al pagamento della retta; le eventuali quote residuali eccedenti verranno lasciate nella disponibilità del ricoverato.

10. In caso di mancato pagamento, nei confronti degli ospiti e dei familiari tenuti agli alimenti, saranno applicate tutte le azioni di rivalsa previste dalla legge.

PARTE SECONDA

AREA DISABILITÀ

In quest'area rientrano gli interventi e i servizi mirati a migliorare la qualità della vita delle persone disabili in condizione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate).

La persona non-autosufficiente disabile in condizione di gravità portatore di un bisogno complesso - sociale e sanitario -, dopo la presa in carico da parte del Gruppo Operativo Multidisciplinare zonale (G.O.M.), che predispone il Piano Abilitativo Riabilitativo Globale (P.A.R.G) nel quale sono individuati gli interventi appropriati ai bisogni assistenziali socio-sanitari, potrà richiedere l'attivazione di un percorso di valutazione del proprio bisogno, da parte di un'equipe multiprofessionale appositamente istituita presso il Distretto socio-sanitario di Bibbiena denominata Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.), integrata dagli specialisti.

Il Piano Assistenziale Personalizzato contiene gli obiettivi, le attività, i servizi, gli interventi, nonché la loro durata e sarà integrato dal Piano Abilitativo Riabilitativo Generale (P.A.R.G.).

La condizione di non autosufficienza deve essere accertata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.).

Gli strumenti di valutazione utilizzati dagli operatori dell'Unità di Valutazione Multidimensionale sono definiti dalla Regione Toscana nell'ambito della gestione del progetto regionale per l'utilizzo del Fondo per la non autosufficienza.

Le attività e le risorse organizzative dedicate all'area in oggetto sono disciplinate a livello regionale con particolare riferimento alla L.R. 66/2008 e s.m.i. e a livello locale dall'Intesa Interistituzionale tra Regione, Società della Salute Casentino, Azienda USL N. 8 per il governo dell'assistenza continua alla persona non autosufficiente nella Zona Casentino, cui si rinvia.

SERVIZI DOMICILIARI E SEMIRESIDENZIALI

ART. 13 - ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI) DIRETTA

13.1. Destinatari:

Persone disabili in condizione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104.

13.2. Oggetto e finalità:

L'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) è un complesso di prestazioni socio-assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche, riabilitative) erogate in maniera integrata a domicilio a persone non autosufficienti o di recente dimissione ospedaliera, per evitare ricoveri impropri e mantenere il paziente nel suo ambiente di vita. Le prestazioni sono definite dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare (U.V.M.) attraverso il Piano Assistenziale Personalizzato (P.A.P.).

13.3. Modalità d'accesso:

La segnalazione del bisogno deve essere presentata ai Punti Insieme, presenti in ciascuna sede comunale e presso il Distretto di Bibbiena; la valutazione del bisogno viene effettuata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.), che predispone, d'intesa con la famiglia, un Progetto Assistenziale Personalizzato (P.A.P.) che definisce l'intervento ritenuto appropriato per affrontare efficacemente il bisogno della persona.

13.4. Compartecipazione ai costi:

Vedi art. 7 Parte "Area Non Autosufficienza".

ART. 14 - SERVIZIO DI TELESOCORSO/TELEASSISTENZA

14.1. Oggetto e finalità:

Il servizio di Telesoccorso va ad integrare quei servizi di natura preventiva che hanno lo specifico compito di tutelare e proteggere le parti più deboli della popolazione, più esposta a rischi di natura sanitaria e sociale come le persone disabili in condizione di gravità affette da patologie di una certa rilevanza.

Il servizio di teleassistenza si articola nella duplice funzione di telesoccorso per fronteggiare in primo luogo situazioni di emergenza che richiedano un intervento immediato volto al soccorso e di telecontrollo per assicurare un'azione di prevenzione socio-sanitaria, di accertamento delle condizioni psico-fisiche e di sostegno psico-relazionali degli utenti.

Il servizio eroga le seguenti prestazioni:

- ricezione delle richieste di intervento o di soccorso provenienti dei cittadini ammessi a beneficiare del servizio. Tale servizio viene effettuato attraverso il collegamento dei terminali degli utenti ad un centro operativo diurno/feriale e contemporaneamente ad un secondo centro operativo il cui funzionamento è previsto 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno;
- effettua, almeno per una volta alla settimana, telefonate di controllo agli utenti collegati, nel giorno e nelle ore concordate con gli stessi al momento dell'attivazione del servizio. Tale compito sarà limitato alle sole ore diurne con esclusione delle giornate festive;

- attiva i soccorritori preposti a soddisfare le esigenze manifestate dagli utenti e/o per prestare ai medesimi il soccorso più idoneo;

14.2. Destinatari:

Il servizio di Telesoccorso è destinato a persone disabili in condizione di gravità ad alto rischio sanitario incapaci di provvedere da soli o attraverso la propria rete di relazioni alle emergenze.

14.3. Modalità di accesso:

La segnalazione del bisogno deve essere presentata ai Punti Insieme, presenti in ciascuna sede comunale e presso il Distretto di Bibbiena; la valutazione del bisogno viene effettuata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.), che predispose, d'intesa con la famiglia, un Progetto Assistenziale Personalizzato (P.A.P.) che definisce l'intervento ritenuto appropriato per affrontare efficacemente il bisogno della persona.

14.4. Compartecipazione ai costi:

Vedi art. 7 Parte "Area Non Autosufficienza".

ART. 15 - TRASPORTI SOCIALI E SPECIALI

15.1. Oggetto e finalità:

Per trasporti sociali s'intendono i servizi che il Comune può assicurare per consentire ai destinatari la possibilità di fruire di interventi socio - sanitari non domiciliari.

Il servizio di trasporto sociale è assicurato tramite appositi servizi prestati da aziende pubbliche e/o private, da associazioni di volontariato ed appositamente convenzionati secondo le normative vigenti.

15.2. Destinatari:

Persone disabili in condizione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104.

15.3. Compartecipazione ai costi:

Per la compartecipazione alla spesa si applicano i criteri e le procedure previste per l'assistenza domiciliare. Vedi art. 7 Parte "Area Non Autosufficienza".

ART. 16 – DISTRIBUZIONE PASTI E/O LAVANDERIA A DOMICILIO

16.1. Oggetto e finalità:

Nell'ambito degli interventi definiti nel P.A.P. può essere attivato un servizio di erogazione di pasti destinato a persone disabili in condizione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della legge 5

febbraio 1992, n. 104, che siano impossibilitati a provvedere autonomamente alla preparazione dei pasti.

Per l'erogazione dell'intervento è previsto l'utilizzo della mensa comunale o della locale R.S.A. o, in assenza di esse, di altri servizi di ristorazione convenzionati.

Può essere, inoltre, attivato il servizio di lavanderia a domicilio per il quale si può utilizzare la locale R.S.A. o, in assenza, altri servizi di lavanderia convenzionati.

16.2. Destinatari:

Persone disabili in condizione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104.

16.3. Compartecipazione ai costi:

Per la compartecipazione alla spesa si applicano i criteri e le procedure previste per l'assistenza domiciliare. Vedi art. 7 Parte "Area Non Autosufficienza".

ART. 17 - SERVIZI SEMI-RESIDENZIALI: CENTRO DIURNO PER PERSONE CON DISABILITÀ

17.1. Oggetto e finalità:

Il Centro Diurno per persone con disabilità è un servizio territoriale a carattere diurno rivolto a persone con disabilità con diversi profili di autosufficienza, che fornisce interventi a carattere educativo - riabilitativo - assistenziale. Ha finalità riabilitativa, educativa, di socializzazione, di aumento e/o mantenimento delle abilità residue.

Inoltre, ha l'obiettivo di favorire l'integrazione della persona disabile nel proprio ambiente di vita, nella comunità di appartenenza, e di sostenere la famiglia e collaborare con la stessa per prevenire l'istituzionalizzazione.

17.2. Destinatari:

Giovani e adulti disabili in condizione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104

17.3. Modalità di accesso:

L'accesso al Centro Diurno è subordinata alla presa in carico da parte del Gruppo Operativo Multidisciplinare zonale (G.O.M.) che definisce nell'ambito del Piano Abilitativo Riabilitativo Globale (P.A.R.G), condiviso con la famiglia, l'inserimento ai servizi semi-residenziali zonali.

Il P.A.R.G. contiene gli obiettivi, le attività, i servizi, gli interventi, nonché la loro durata.

L'inserimento è programmato dal Gruppo Operativo Interdisciplinare Funzionale (G.O.I.F.), sulla base delle disponibilità dei posti e sentito il parere dell'ente gestore il servizio.

L'ente gestore provvede alla tenuta della graduatoria per gli inserimenti ai centri diurni per disabili, sulla base dei piani assistenziali pervenuti all'ente da parte del G.O.I.F. zonale.

Al momento della sottoscrizione del P.A.R.G., per l'inserimento nella lista di attesa, deve essere contestualmente consegnata l'impegnativa al pagamento della retta quota sociale totale o della compartecipazione definita sulla base dell'istruttoria.

17.4. - Formulazione della lista di attesa: criteri generali di priorità e precedenza

Nel caso in cui le risorse disponibili non siano sufficienti a dare immediata risposta all'inserimento nel Centro Diurno viene predisposta una lista d'attesa sulla base dei seguenti criteri:

- data di predisposizione del P.A.R.G. che prevede l'inserimento al Centro Diurno;
- in subordine, in base alla data di nascita (dal più vecchio al più giovane).

L'insorgere di situazioni emergenziali nell'ambito del nucleo familiare di riferimento, che presta assistenza alla persona con disabilità, valutate tali dal Gruppo Operativo Multidisciplinare, darà priorità di accesso ai Centri Diurni per Disabili.

17.5 Compartecipazione ai costi:

Vedi art. 7 Parte "Area Non Autosufficienza".

SERVIZI RESIDENZIALI PER PERSONE DISABILI IN CONDIZIONE DI GRAVITÀ

ART. 18 - STRUTTURA RESIDENZIALE PER PERSONE DISABILI IN CONDIZIONE DI GRAVITÀ

Vedi servizi residenziali per anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti (art. 9).

Art. 19 - MODALITÀ DI EROGAZIONE DELL'INTEGRAZIONE RETTA (QUOTA SOCIALE) DEI SERVIZI RESIDENZIALI DEFINITIVI

19.1. Modalità di erogazione

1. Il ricoverato compartecipa alla quota sociale della struttura con tutte le indennità di natura previdenziale ed assistenziale percepite per il soddisfacimento delle sue esigenze di accompagnamento e di assistenza. L'assistito è tenuto a destinare al pagamento della quota sociale anche le quote arretrate di tali indennità a partire dalla data del suo ingresso in struttura residenziale.
2. La compartecipazione sulla quota sociale residuale è pari al 100% dell'ISEE estratto calcolato sul solo utente, ed eventuali familiari fiscalmente a suo carico.
3. Al ricoverato deve essere garantita la disponibilità di una quota per le proprie spese personali, pari ad un sesto del trattamento minimo INPS.

4. Nel caso in cui all'ISEE estratto dell'assistito venga applicata una scala di equivalenza con la maggiorazione dello 0,50 (per soggetti con handicap permanente grave o invalidità superiore al 66%), si considera la somma che di conseguenza rimarrà in disponibilità dell'assistito quale quota garantita. In ogni caso la quota garantita da lasciare in disponibilità dell'assistito non potrà essere inferiore a 1/6 dell'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS.
5. La mancata presentazione dell'ISEE non preclude l'accesso e la fruizione dei servizi residenziali, ma comporta il pagamento dell'intera quota di compartecipazione, pari alla quota sociale del servizio.
6. Nel caso in cui la compartecipazione non copra l'intera quota sociale, il Comune eroga l'integrazione retta calcolata a seguito dell'istruttoria sopra definita. Si concorderà con il Comune dell'ultima residenza le modalità di rivalsa sui beni immobili di esclusiva disponibilità del ricoverato, ovvero di iscrizione a ruolo di un credito che trovi soddisfazione sull'asse ereditario, incrementato degli interessi legali.
7. 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.
8. 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 dell'integrazione della retta; ovvero il ricoverato sarà supportato dall'ente nelle procedure di locazione del bene e il canone mensile così introitato verrà destinato al pagamento della retta; le eventuali quote residuali eccedenti verranno lasciate nella disponibilità del ricoverato.

19.2. - Costo del servizio

Il costo del servizio è pari alla quota sociale delle strutture convenzionate.

19.3. - Formulazione della lista di attesa: criteri generali di priorità e precedenza

Nel caso in cui le risorse disponibili non siano sufficienti a dare immediata risposta ai P.A.P. viene predisposta una lista d'attesa sulla base dei seguenti criteri di priorità e precedenza.

La graduatoria è redatta in ordine crescente (dal punteggio più basso a quello più alto) tenendo conto dei punteggi attribuiti dall'U.V.M. alla rete assistenziale, alla condizione abitativa e al livello di copertura assistenziale previsti nella scheda sociale adottata a livello regionale.

A parità di punteggio sociale precede chi ha livello di isogravità maggiore; a parità di isogravità precede chi ha ISEE più basso, seguono coloro che non presentano ISEE, che vengono ordinati secondo la data di segnalazione del bisogno e, in subordine, in base alla data di nascita (dal più vecchio al più giovane).