

Processo di accreditamento

Servizio Sociale dei Comuni - Distretto Basso Isontino

Doc.3

Modulistica

Programma Assistenziale Individualizzato

La presenza di un **progetto assistenziale individualizzato** relativo a persone in stato di disagio, come indicato nel doc.1 “Beneficiari dei servizi di assistenza domiciliare”, è da ritenersi vincolante al fine di ottenere da parte dei cittadini utenti il servizio domiciliare da parte del Fornitore.

Nella fase di definizione progettuale l'Assistente Sociale Responsabile del Caso (ASCR) elabora un **programma assistenziale individualizzato**, prevalentemente correlato al suo grado di autonomia. Il “programma assistenziale individualizzato ” implica una presa in carico da parte del Fornitore tale per cui diventa indispensabile garantire competenza professionale specifica e consolidata, nonché continuità negli operatori che interverranno sul caso.

Il PAI può contenere un programma di servizio domiciliare. Il programma, di norma ha durata semestrale e deve successivamente essere verificato, fatto salvi i dovuti adattamenti. Qualora le condizioni di autonomia della persona subiscano modifiche sostanziali è possibile che il Fornitore chieda all'Assistente Sociale Responsabile del Caso di ridefinire (fatto salva verifica) il programma assistenziale e/o il monte ore di servizi assegnati alla persona.

Di seguito sono allegati i fac simili della documentazione utilizzata dal servizio quali:

- Foglio informativo utente
- Scheda Programma Assistenziale Individualizzato
- Moduli scelta del fornitore da parte del cittadino
- Modello “titolo d'acquisto”
- Modulo rilievo del cittadino utente
- Modulo revoca del fornitore
- Modulo revoca del titolo d'acquisto –da parte dell'amministrazione comunale
- Contenuti che il fornitore deve inserire nel contratto con il cittadino/utente

Foglio informativo relativo alle procedure per l'accesso al Servizio di Assistenza Domiciliare da parte del cittadino/utente nella modalità dell'accreditamento

- La richiesta di accesso al servizio di assistenza domiciliare deve essere presentata all'Assistente Sociale di riferimento che svolge gli opportuni approfondimenti e che valuta l'opportunità della fruizione del servizio
- L'assistente sociale ed il cittadino/utente concordano la formulazione del programma assistenziale individualizzato (P.A.I.- le prestazioni previste, l'articolazione oraria, il monte ore settimanale/mensile, etc.)
- L'assistente sociale consegna il foglio informativo delle Ditte accreditate
- Il cittadino si rivolge al CAF prescelto, con la documentazione necessaria per il calcolo del proprio ISEE - il cittadino, ottiene a titolo gratuito il calcolo del proprio ISEE che servirà all'amministrazione comunale per definire, in base al regolamento d'accesso al servizio di assistenza domiciliare, la quota di copertura del costo del servizio a carico del cittadino/utente e la quota del servizio a carico del Comune – **Titolo d'acquisto** –
- L'assistente sociale consegna il modulo per la scelta da parte del cittadino/utente della ditta fornitrice
- Il cittadino/utente contatta le ditte accreditate, sceglie tra queste la ditta fornitrice, dopo l'assicurazione da parte della ditta scelta a fornire il servizio richiesto, deve sottoscrivere il modulo e consegnarlo all'assistente sociale di riferimento.
- L'ufficio amministrativo del Servizio Sociale dei Comuni, sulla base della proposta del servizio sociale professionale autorizza l'erogazione del servizio di assistenza domiciliare e provvede a compilare il Titolo d'acquisto – e a consegnarlo/inviarlo al cittadino/utente, ed alla ditta fornitrice
- Il Servizio Sociale trasmette il programma assistenziale individualizzato alla ditta fornitrice prescelta
- In presenza di risorse in termini di disponibilità di erogazione di titoli d'acquisto - buoni servizio da parte dell'amministrazione e dei requisiti previsti per l'accesso al servizio, Il tempo massimo che può intercorrere tra la richiesta di accesso e l'avvio dell'intervento presso il domicilio del cittadino/utente non può superare i 25 giorni lavorativi.
- Per tutto ciò che riguarda le modalità di erogazione delle prestazioni programmate (sospensioni, cambio orario, riattivazioni, ecc) il cittadino mantiene un rapporto diretto con la ditta fornitrice tranne i casi in cui è espressamente indicato nel PAI che è il servizio sociale professionale referente del caso referente del programma di assistenza.

- Eventuali reclami e/o osservazioni in merito all'erogazione del servizio - anche nell'ottica del miglioramento continuo e della rispondenza dei servizi ai bisogni del cittadino, potranno essere presentati al Servizio Sociale sia in carta semplice sia attraverso l'opportuna modulistica predisposta
- Se il cittadino desidera cambiare ditta fornitrice, è sufficiente rivolgersi al servizio sociale professionale che provvederà a supportare il cittadino nell'iter necessario (compilazione del modulo di ricusazione della ditta fornitrice, compilazione del modulo per la scelta della nuova ditta fornitrice)
- Se il cittadino vuole rinunciare in via definitiva al servizio di assistenza domiciliare deve presentare rinuncia scritta al Servizio Sociale (o in carta semplice o attraverso l'opportuna modulistica predisposta)

Scheda Programma Assistenziale Individualizzato

Dati dell'utente

Cognome e nome _____

data di nascita _____ **residente a** _____

via _____ **n°** _____ **tel.** _____

notizie utili per l'accesso all'abitazione _____

stato civile _____ **medico curante** _____

invalidità Sì No **ind. Accomp.** Sì No **L.104 art.3.3** Sì No

Composizione del nucleo familiare

Nome e Cognome	Relazione di parentela	Data di nascita/età

Altri parenti non conviventi

Nome e Cognome	Relazione di parentela	Indirizzo/Telefono

Figure di riferimento

Nome e cognome	Relazione con l'utente	Indirizzo/telefono	Reperibilità

Profilo Utente

Scheda rilevazione della autosufficienza - ADL

1) Lavarsi	
a	Non riceve aiuto (entra ed esce dalla vasca da solo, se la vasca è il mezzo usato abitualmente per lavarsi)
a	Riceve aiuto nel lavarsi soltanto per una parte del corpo (come la schiena o le gambe)
b	Riceve aiuto nel lavarsi soltanto per più di una parte del corpo (altrimenti non si lava)

2) Vestirsi (prende i vestiti dall'armadio e dai cassetti, compresi biancheria e vestiario e utilizza le chiusure)	
a	Prende i vestiti e si veste completamente senza aiuto
a	Prende i vestiti e si veste completamente senza aiuto, eccetto che per legare le scarpe
b	Riceve aiuto nel prendere i vestiti e nell'indossarli, altrimenti rimane parzialmente o completamente svestito

3) Uso dei servizi	
a	Va ai servizi, si pulisce e si sistema gli abiti (utilizzando anche presidi di sostegno come il bastone, il girello, o la sedia a rotelle e può gestirsi la padella per la notte o la comoda vuotandola al mattino)
b	Riceve aiuto per andare ai servizi o per pulirsi o per riassetarsi gli abiti
b	Non si reca ai servizi

4) Trasferimento (mobilità)	
a	Entra ed esce dal letto, dalla poltrona, senza aiuto (può utilizzare presidi di sostegno - girello / bastone)
b	Entra ed esce dal letto, dalla poltrona, con aiuto
b	Non esce dal letto

5) Continenza	
a	Ha completo autocontrollo sui movimenti
b	Ha occasionalmente degli incidenti
b	Una supervisione lo aiuta a mantenere il controllo; utilizza il catetere o è incontinente

6) Alimentarsi	
a	Si alimenta da solo senza aiuto
a	Si alimenta da solo, ma richiede aiuto solo per tagliare la carne o per imburrare il pane o simili
b	Riceve assistenza nell'alimentarsi o è alimentato, in parte, completamente con l'utilizzo di sonde o intravena

	6a	5a	4a	3a	2a	1a		Indice Totale
	-	1b	2b	3b	4b	5b	6b	
Indice ADL	A	B	C	D	E	F	D	
	Autosufficiente		Parz. Autosuffici			Non autosuffici.		

Nota :

*Il livello di autosufficienza è determinato dalla somma finale delle lettere **a)** e **b)***

Scheda di rilevazione dell'autonomia - IADL

1)	E' capace di utilizzare il telefono ?
2	Senza aiuto (compresa la ricerca e la formazione del numero)
1	Con qualche aiuto (in caso di emergenza può rispondere e chiamare ma ha bisogno di un telefono speciale o di un aiuto per formulare il numero)
0	E' completamente incapace di usare il telefono

2)	E' in grado di uscire e di recarsi in luoghi non raggiungibili a piedi?
2	Senza aiuto (può viaggiare da solo prendendo i mezzi pubblici, il taxi, o guida la propria automobile)
1	Con qualche aiuto (ha bisogno che qualcuno l'aiuti, o che qualcuno esca con lei)
0	Non è assolutamente in grado di viaggiare se non su mezzi di emergenza quali ambulanza

3)	E' in grado nei negozi di fare la spesa o comperare vestiario?
2	Senza aiuto (si cura di tutti gli acquisti di cui ha bisogno, facendo conto di non avere problemi di trasporto)
1	Con qualche aiuto (ha bisogno che qualcuno si rechi con lei nel giro per negozi)
0	Non è assolutamente in grado di fare alcun acquisto

4)	E' in grado di preparare i suoi pasti?
2	Senza aiuto (organizza e cucina i pasti per sè)
1	Con qualche aiuto (può preparare alcune cose, ma non è in grado di cucinare pasti completi da solo)
0	Non è assolutamente in grado di prepararsi alcun pasto

5)	Può fare lavori di casa?
2	Senza aiuto (può pulire i pavimenti, ecc..)
1	Con qualche aiuto (è in grado di tenere pulita la casa ma ha bisogno di aiuto per i lavori pesanti)
0	Non è assolutamente in grado di fare alcunchè in casa

6)	E' in grado di prendere le sue medicine da solo?
2	Senza aiuto (nelle dosi giuste ed al momento giusto)
1	Con qualche aiuto (è in grado di prendere le medicine se qualcuno gliele prepara o gli ricorda di prenderle)
0	Non è assolutamente in grado di prendere le sue medicine

7)	Sa maneggiare denaro?
2	Senza aiuto (paga i conti ecc.)
1	Con qualche aiuto (gestisce le spese quotidianamente ma ha bisogno di aiuto per il libretto degli assegni o per pagare conti o fatture)
0	Non è assolutamente in grado di maneggiare denaro

Funzioni	Punteggi
Telefono	
Uscire di casa	
Fare la spesa	
Preparare i pasti	
Lavori di casa	
Prendere medicine	
Usare il denaro	
Indice IADL	

Classi aggregate dell' indice ADL	Esito della valutazione
0 - 6	Non autonomo
7 - 11	Parzial. autonomo
12 - 14	Autonomo

Risorse	Servizi	Già fruiti	Rapporti con altri Servizi		Già attivi
	Assistenza domiciliare			ADI	
	Assistenza vittuaria			CSM	
	Lavanderia			RSA	
	Centro diurno			Volontariato	
	Telesoccorso			Caritas	
	Trasporti			Privati	
	Pedicure			Altri servizi	
	Altro				

Caso discusso nell' UVD di data _____

Sintesi della valutazione _____

Obiettivi Generali	Progetto	
	Mantenimento dell'autonomia personale integrando le risorse personali e sociali	
	Prevenzione all'istituzionalizzazione attraverso il sostegno alla famiglia nell'onere assistenziale	
	Integrazione delle risorse famigliari	
	Altro	

Risorse	Servizi	Da attivare	Rapporti con altri Servizi		Da attivare
	Assistenza domiciliare			ADI	
	Assistenza vittuaria			CSM	
	Lavanderia			RSA	
	Centro diurno			Volontariato	
	Telesoccorso			Caritas	
	Trasporti			Privati	
	Pedicure			Altri servizi	
	Altro				

Tipologia degli interventi	Richiesti	Concessi
Area dell'assistenza alla persona		
Area delle prestazioni domestiche		
Area disbrigo pratiche/accompagnamenti ecc.		
Area vita di relazione e varie		

Data compilazione _____ A.S. _____

Programma assistenziale individualizzato – Servizio di assistenza domiciliare

Sig./ra _____

Area assistenza alla persona

Tipo d'Intervento	Codice intervento	L	M	M	G	V	S	D	Periodicità			Tempo	Frequenza		
									1x g	2x g	3x g		M	P	S
1. Alzata															
2. Cura della persona															
3. Bagno															
4. Rimessa a letto															
5. Mobilizzazione															
6. Aiuto all'assunzione farmaci															
7. Aiuto nell'assunzione del pasto															

Area cura della casa/ prestazioni domestiche

Tipo d'Intervento	Codice intervento	Periodicità							Tempo	Frequenza		
		L	M	M	G	V	S	D		M	P	S
1. Pasto a domicilio												
2. Consegna pasto												
3. Cura della casa												

Area disbrigo pratiche/ accompagnamenti

Tipo d'Intervento	Codice intervento	Periodicità							Tempo	Frequenza		
		L	M	M	G	V	S	D		M	P	S
1. Accompagnamenti												
2. Commissioni												

Area vita di relazione e varie

Tipo d'Intervento	Codice intervento	Periodicità							Tempo	Frequenza		
		L	M	M	G	V	S	D		M	P	S
1. Controlli												
2. Varie												

Ore settimanali del programma assistenziale	N° ore	Durata del programma
Area dell'assistenza alla persona		
Area delle prestazioni domestiche		
Area disbrigo pratiche/accompagnamenti ecc.		
Area vita di relazione e varie		
Totale		

Tempi e modalità di verifica

	Visita domiciliare	Colloquio con persona referente	Visita con MMG	Incontro con fornitore
Mensile				
Ogni 2 mesi				
Trimestrale				
Semestrale				

Note

Firma dell'Assistente Sociale Referente _____

Firma dell'utente/ persona di riferimento _____

Data _____

Modifica del programma assistenziale individualizzato del/la Sig./ra _____

Area assistenza alla persona

Tipo d'Intervento	Codice intervento	L	M	M	G	V	S	D	Periodicità			Tempo	Frequenza			
									1x g	2x g	3x g		M	P	S	
1. Alzata																
2. Cura della persona																
3. Bagno																
4. Rimessa a letto																
5. Mobilizzazione																
6. Aiuto all'assunzione farmaci																
7. Aiuto nell'assunzione del pasto																

Area cura della casa/ prestazioni domestiche

Tipo d'Intervento	Codice intervento	Periodicità							Tempo	Frequenza			
		L	M	M	G	V	S	D		M	P	S	
1. Pasto a domicilio													
2. Consegna pasto													
3. Cura della casa													

Area disbrigo pratiche/ accompagnamenti

Tipo d'Intervento	Codice intervento	Periodicità							Tempo	Frequenza			
		L	M	M	G	V	S	D		M	P	S	
1. Accompagnamenti													
2. Comissioni													

Area vita di relazione e varie

Tipo d'Intervento	Codice intervento	Periodicità							Tempo	Frequenza			
		L	M	M	G	V	S	D		M	P	S	
1. Controlli													
2. Varie													

Ore settimanali del programma assistenziale	N° ore	Durata del programma
Area dell'assistenza alla persona		
Area delle prestazioni domestiche		
Area disbrigo pratiche/accompagnamenti ecc.		
Area vita di relazione e varie		
Totale		

Al Servizio Sociale dei Comuni

Oggetto: scelta del fornitore del servizio di assistenza domiciliare

Il sottoscritto _____ in qualità di

Assistente Sociale referente per il Sig. _____

utente del servizio di assistenza domiciliare erogato dal Servizio Sociale dei Comuni

dichiara di scegliere, per l'espletamento di detto Servizio, la ditta :

- Ditta a)
- Ditta b)
- Ditta c)
- Ditta d)

In Fede

Data _____

Al Servizio Sociale dei Comuni

Oggetto: scelta del fornitore del servizio di assistenza domiciliare

Il sottoscritto _____ in qualità di

familiare del/la Sig. /ra _____

utente del servizio di assistenza domiciliare erogata dal Servizio Sociale dei Comuni

dichiara di essere stato informato sulle procedure di erogazione del servizio di assistenza domiciliare e di accogliere la proposta di erogazione del servizio.

A tal fine dichiara di scegliere la ditta :

Ditta a)

Ditta b)

Ditta c)

Ditta d)

In Fede

Data _____

Al Servizio Sociale dei Comuni

Oggetto: accesso al servizio di assistenza domiciliare

Il sottoscritto _____ in qualità di

richiedente il servizio di assistenza domiciliare erogata dal Servizio Sociale dei Comuni, **dichiara** di essere stato informato sulle procedure di erogazione del servizio di assistenza domiciliare e di accogliere la proposta di erogazione del servizio per cui autorizza l'assistente sociale referente a sottoscrivere la modulistica necessaria all'attivazione dello stesso.

In Fede

Data _____

– TITOLO D'ACQUISTO –

Pari ad € _____ Orarie

Il presente titolo d'acquisto è valido per l'accesso al servizio di assistenza domiciliare nella _____ per il periodo dal _____ al _____

per la fruizione di un massimo di _____ ore mensili settimanali ed

esclusivamente per gli interventi/prestazioni previsti dal Programma Assistenziale Individualizzato elaborato dal Servizio Sociale dei Comuni in favore del/la Sig./ra

_____ nato a _____ residente a _____

in via _____ tel _____

Il presente titolo d'acquisto è stato rilasciato in data _____ al Sig./ra

_____ familiare referente del Sig./ra _____

titolare dell'intervento che ha indicato quale fornitore del servizio la Segue Ditta

accreditata :

- Ditta a)
- Ditta b)
- Ditta c)
- Ditta d)

Il Responsabile del Servizio Sociale
Dei Comuni

Al Servizio Sociale dei Comuni di

Oggetto: rilievo in merito all'erogazione del servizio di assistenza domiciliare

Il sottoscritto _____ in qualità di

familiare dell' utente _____ utente del servizio di :

assistenza domiciliare

assistenza vittuaria domiciliare

avanza il seguente rilievo in merito al servizio fruito :

erogazione del servizio in giornata non concordata dal programma assistenziale

erogazione del servizio in fascia oraria non concordata dal programma assistenziale individualizzato

in anticipo _____

in ritardo _____

altro _____

estrema variabilità del personale che fornisce la prestazione -

estrema variabilità settimanale - nel caso di interventi giornalieri -

altro _____

il personale che fornisce la prestazione in sostituzione di quello usuale non è mai messo a conoscenza prima del programma assistenziale e delle modalità di esecuzione concordate in merito alla prestazione

altro _____

non viene effettuata la prestazione concordata - mancato intervento

spesso - con che frequenza _____

qualche volta

mai

altro _____

Motivazione addotta dalla ditta fornitrice il servizio _____

nel caso in cui non viene effettuata la prestazione concordata - mancato intervento

la famiglia viene avvisata _____

sempre _____

qualche volta _____

mai _____

altro _____

Altro _____

Firma

Data _____

Servizio Sociale dei Comuni - Ambito Basso Isontino

Data _____

Al Servizio Sociale dei Comuni di

Alla Ditta

Oggetto: revoca del fornitore del servizio di assistenza domiciliare

Il sottoscritto _____ in qualità di

familiare del/la Sig. /ra _____

utente del servizio di assistenza domiciliare erogata dal Servizio Sociale dei Comuni

dichiara di revocare il fornitore scelto per l' erogazione del servizio di assistenza domiciliare e specificatamente

la Ditta _____ per la seguente motivazione :

In Fede

Spett.le Ditta _____

Oggetto: revoca dell'autorizzazione a fruire del titolo d'acquisto per l'erogazione del servizio di assistenza domiciliare in favore del Sig. _____

Con la presente si comunica che, su richiesta dell'interessato, con decorrenza _____ viene revocata l'autorizzazione a fruire del titolo d'acquisto per il servizio per interventi di assistenza domiciliare presso la vostra ditta da parte del Sig. _____.

Il Responsabile del Servizio Sociale
dei Comuni

Contenuti che devono essere presenti nel contratto tra ditta fornitrice prescelta e utente del servizio di assistenza domiciliare nella modalità dell'accreditamento

CONTRATTO PER LA FORNITURA DI INTERVENTI/SERVIZI ASSISTENZIALI DOMICILIARI

Tra

Il Sig. _____ nato a il _____ residente a _____ in via _____ n° _____ C.F. _____

E

La _____, in persona del legale rappresentante pro tempore Sig. _____ con sede in _____ via P.I. _____

SI CONVIENE E STIPULA QUANTO SEGUE:

La Ditta _____, si impegna a fornire al Sig. _____ gli interventi/servizi domiciliari così come indicati nel Progetto Assistenziale Individualizzato elaborato dal Servizio Sociale dei Comuni in data _____.

Il P.A.I. deve contenere la valutazione dei rischi ai sensi dell'art. 4 D.lgs 626/94 rispetto l'abitazione dell'utente e in caso di alto carico assistenziale anche una valutazione della movimentazione manuale dei carichi secondo indice MAPO con l'indicazione della necessità d'inserire eventuali ausili o la compresenza di due operatori.

La ditta fornitrice si impegna a fornire gli interventi/servizi domiciliari ad un costo orario di € _____ detratto il titolo d'acquisto rilasciato dal Comune di _____ in data _____ per un costo orario pari ad € _____

La Ditta fornitrice si impegna inoltre ad erogare i seguenti ulteriori interventi senza alcun compenso aggiuntivo rispetto a quello sopraindicato _____

Qualora da parte del Sig. _____ vengano richiesti alla ditta fornitrice richiesti ulteriori servizi/interventi aggiuntivi non autorizzati dal Progetto Assistenziale Individualizzato, e non coperti dal titolo d'acquisto si conviene che il Sig. _____ è tenuto al pagamento diretto, a favore della Ditta fornitrice del seguente importo orario Iva compresa € _____

La Ditta fornitrice, premesso che dichiara di conoscere ed accettare le condizioni previste dalla disciplina emanata dal comune di Monfalcone per regolare il modello gestionale

assimilabile all'accreditamento ed in forza della condizione di soggetto iscritto all'Albo dei soggetti accreditati del Comune di Monfalcone in qualità di Ente Gestore del Servizio Sociale dei Comuni si impegna a:

- ad erogare gli interventi concordati dal P.A.I. con decorrenza _____
- di erogare i succitati interventi nelle fasce orarie previste dal progetto (Doc. 2)
- di erogare gli interventi nel numero degli operatori previsti dal progetto
- di garantire, nei limiti del possibile, la continuità soggettiva del personale addetto all'assistenza di base al fine di favorire il raggiungimento dei risultati attesi nel progetto
- garantire ed osservare le norme legislative ed i regolamenti vigenti in materia di prevenzione degli infortuni sul lavoro come previsto dal D.lgs. 626/94
- al rispetto e tutela della privacy così come previsto dal D.lgs 196/2003
- divieto di accettare compensi mance da parte del personale

Il Sig. _____ si impegna a :

- dare tempestivamente comunicazione alla Ditta fornitrice della sospensione momentanea delle prestazioni dell'intervento del servizio di assistenza domiciliare e comunque entro e non oltre le 17.30 del giorno precedente a quello della sospensione
- nel caso in cui la comunicazione della sospensione sia stata nei tempi di cui sopra nulla e dovuto alla ditta fornitrice quale mancato intervento
- l'utente corrisponde direttamente al fornitore la sola quota di spesa a proprio carico e, delega l'Amministrazione Comunale di _____ a pagare in suo nome e conto alla ditta fornitrice la differenza del prezzo concordato -importo del titolo d'acquisto - , su presentazione di regolare fattura a cadenza mensile corredata dalla seguente documentazione:
 - documentazione relativa all'avvenuta erogazione degli interventi/servizi autorizzati secondo il facs simile previsto (allegato a) al Doc. 3 del progetto dell'accreditamento) e sottoscritto dal cittadino/utente o dai suoi familiari.

Il presente contratto, decorrente dal _____ ha la durata di cui al titolo d'acquisto rilasciato dall'Amministrazione Comunale di _____ in data _____ salvo proroghe o integrazioni o modifiche

Al Sig. _____ è riconosciuto il pieno diritto di recedere, a sua totale discrezione, in qualsiasi momento dal presente contratto con un preavviso di almeno 7 giorni lavorativi, mediante comunicazione scritta così come prevista (**al Doc. 3 - Progetto accreditamento**) senza che la Ditta fornitrice possa vantare compensi o indennizzi di sorta. Nessun diritto di recesso è riconosciuto alla ditta fornitrice.