

Det. dell'Uff.Serv.Soc.
N. 16 del 30/01/2014



Comune di Calatabiano
(PROVINCIA DI CATANIA)
Servizio : Ufficio servizi sociali

Ufficio
Ragioneria
Segretario Com.le
Albo
Segretaria

DETERMINA REGISTRO GENERALE N° 61 DEL 30-01-2014

OGGETTO:Attivazione procedura per l'erogazione di servizi assistenziali agli anziani sotto forma di voucher. Periodo dal 01/02/2014 al 31/01/2015.

IL RESPONSABILE DELL'AREA AMMINISTRATIVA

Vista la legge n. 328/00 che prevede la possibilità per i Comuni di utilizzare per la gestione dei servizi socio-assistenziali il sistema di accreditamento;

Atteso che, per i servizi di assistenza domiciliare anziani, il Distretto Socio-Sanitario n. 17, con delibera del Comitato dei Sindaci n. 2 del 17/02/2011, ha già approvato ed utilizzato tale sistema di gestione, istituendo l'albo degli enti accreditati per lo svolgimento degli stessi sulla base dei requisiti indispensabili tra cui l'iscrizione all'Albo Regionale – Sezione Anziani, di cui all'art. 26 della L.R. n. 22/86;

Considerato che il suddetto sistema di gestione è stato utilizzato, nel periodo dal 01.02.2013 al 31/01/2014, anche da questo Ente;

Vista la determina del Dirigente Coordinatore n. 94 del 01/10/2013 del Distretto Socio Sanitario n. 17- Ente Capofila: Comune di Giarre, avente per oggetto: "Aggiornamento Albo dei soggetti accreditati nel Distretto Socio-Sanitario n. 17 per lo svolgimento di servizi socio-assistenziali domiciliari in favore di anziani", che si allega al presente atto;

Vista la deliberazione di G.C. n. 111 del 30/12/2013, esecutiva ai sensi di legge, avente per oggetto: "Utilizzo del sistema di accreditamento per l'erogazione di servizi assistenziali agli anziani sotto forma di voucher";

Visto lo schema di disciplinare-patto per la gestione d'interventi domiciliari approvato con la succitata delibera;

Vista la determina del Responsabile dell'Area Amministrativa n.937 del 17/12/2013 (n. int. 158/2013), avente per oggetto: "Approvazione graduatoria definitiva Servizio "ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI.";

Preso Atto che è, pertanto, intendimento di questa Amministrazione Comunale assicurare i servizi di assistenza Domiciliare Anziani (A.D.A.), Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) e Telesoccorso per il periodo 01.02.2014 – 31.01.2015, come di seguito specificato:

⇒ Assistenza domiciliare anziani inseriti in graduatoria, inclusa Assistenza domiciliare integrata come da protocollo d'intesa con l'A.S.P. n. 3 di Catania = per un numero complessivo massimo di 60 ore settimanali, oltre ad un numero complessivo massimo di 3 ore settimanali di trasporto, per un costo orario di € 15,16;

⇒ Telesoccorso;

Dato atto che, per dare esecuzione alla forma di gestione dei predetti servizi prescelta dall'Amministrazione, l'Ufficio Servizi Socio-assistenziali provvederà alla trasmissione dell'Albo dei soggetti accreditati nel Distretto Socio-Sanitario n. 17 per lo svolgimento di servizi socio-assistenziali domiciliari in favore di anziani, agli aventi diritto, inseriti in graduatoria, che presane visione, comunicheranno la scelta degli enti *no profit*; nonchè, all'approvazione dello schema di piano individualizzato e dello schema di voucher (buono di servizio);

Dato atto che, con deliberazione di G.C. n. 111 del 30/12/2013, è stato assunto impegno di spesa di € 56.896,16, iva inclusa

DETERMINA

Per le motivazioni espresse in premessa:

Provvedere alla trasmissione dell'Albo dei soggetti accreditati nel Distretto Socio-Sanitario n. 17 per lo svolgimento di servizi socio-assistenziali domiciliari in favore di anziani, agli aventi diritto, inseriti in graduatoria, che presane visione comunicheranno la scelta dell'istituzione.

Approvare lo schema di piano individualizzato (All. "A") e lo schema di voucher (buono di servizio) (All. "B"), che fanno parte integrale e sostanziale del presente atto.

Provvedere alla sottoscrizione del Patto per la gestione del servizio di assistenza domiciliare anziani con gli enti *no profit* scelti dall'utente.

Trasmettere copia del presente provvedimento contabile, nonché, all'ufficio di Segreteria per essere pubblicato per 15 giorni all'albo pretorio comunale.

**Il Responsabile del Servizio
(Sig.ra Antonina Samperi)**

Antonina Samperi

**Il Responsabile dell'Area Amministrativa
(Sig. Giuseppe Pistorio)**

Giuseppe Pistorio

**COMUNE DI CALATABIANO**

(Provincia di Catania)

Piazza Vittorio Emanuele n° 32 – cap. 95011

Ufficio: Servizio Sociale

☎ 095/7760017 – fax 095/7771080

Email: servizisociali@comune.calatabiano.ct.it**PIANO INDIVIDUALIZZATO**

Finalizzato all'erogazione di: voucher (buono/ordinativo di servizio)

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____ prov. _____ il _____

Indirizzo _____ n° _____

CODICE FISCALE _____ Tel _____

Eventuale familiare di riferimento

Cognome e Nome _____

Indirizzo _____ Tel _____

1) Definizione, destinatari e finalità del servizio

Il beneficio previsto, finalizzato all'aiuto domestico per persone parzialmente e/o non autosufficienti, in possesso dei requisiti richiesti dal Comune di Calatabiano, viene erogato all'avente diritto attraverso il Comune sotto forma di *voucher* (buono/ordinativo di servizio). I *voucher*, che costituiscono titolo per l'ottenimento di prestazioni domiciliari da parte dell'avente diritto, possono essere liberamente utilizzati dal beneficiario per l'ottenimento di prestazioni esclusivamente domiciliari presso organismi ed enti *no profit* iscritti all'albo del Distretto Socio-Sanitario n. 17 di Giarre, nelle sezioni anziani per la tipologia "assistenza domiciliare".

2) Obiettivi:

- Assistenza primaria (cura e igiene della persona);
- Potenziamento dell'assistenza domiciliare comunale;
- Miglioramento delle relazioni;
- Miglioramento della qualità della vita dell'utente.

3) Analisi della situazione:

Situazione familiare

- persona che vive sola;
- presenza di coniuge;
- presenza di figli;
- presenza di altre persone disabili/anziani che necessitano di assistenza.

4) Condizioni abitative:

<input type="checkbox"/> OTTIME	<input type="checkbox"/> BUONE	<input type="checkbox"/> MEDIOCRI	<input type="checkbox"/> SCARSE
---------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

Grado di autonomia e autosufficienza

Deambulazione:

- autonoma;
- con appoggio;
- a letto.

Capacità relazionali

- buone;
- mediocri;
- assenti.

Patologie: _____

5) Valutazione dei bisogni e necessita' del beneficiario:

- Assistenza primaria (cura e igiene della persona);
- Incremento di supporto nell'assistenza domiciliare attraverso il potenziamento di assistenza primaria (cura e igiene della persona).

6) Servizi concordati:

- Cura della persona (igiene personale, aiuto nel consumare i pasti, nel movimento, aiuto nell'alzata / messa a letto e vestizione, ecc.);
- Governo della casa (pulizie, preparazione dei pasti, lavaggio di biancheria, ecc.);
- Gestione di attività extra domestiche (disbrigo pratiche, pagamento bollette, spesa e piccole commissioni);
- Interventi igienico-sanitari di semplice attuazione in collaborazione con il medico di base (assunzione corretta dei farmaci, prevenzione piaghe da decubito, ecc.);
- Servizio di trasporto per visite mediche o altre necessità.

7) Modalità di realizzazione del progetto e indicazione dell'ente *no profit*:

Personale messo a disposizione dal seguente organismo o ente *no profit* (iscritto all'albo regionale delle istituzioni socio-assistenziali, di cui all'articolo 26 della L.R. n. 22/86, nelle sezioni anziani per la tipologia di servizio assistenza domiciliare):

Cooperativa sociale _____ scelta dall'utente.

L'organizzazione e la direzione del servizio sarà assunta dall'Assistente Sociale incaricata dal

Comune ed avrà le seguenti modalità:

7.1 Progetto operativo ripartizione prestazione

Si calcolano settimanalmente n° _____ ore per le prestazioni elencate al punto 6).

8) Parametro costo/ore

Totale complessivo di ore _____ per un costo orario complessivo € 15,16 comprensivo di IVA.

Le prestazioni saranno effettuate entro il _____ per la cui copertura si prevede una spesa complessiva di € _____.

9) Orario di lavoro

Dalle ore _____ alle ore _____.

L'orario rimane flessibile in accordo con le esigenze dell'utente e la disponibilità dell'assistente.

10) Sostituzione del personale

La cooperativa garantisce la continuità del servizio, avendo cura di sostituire eventuali assenze motivate dell'assistente assegnata.

11) Verifiche e controlli

Il controllo del normale e corretto svolgimento del servizio sarà effettuato a cura della coordinatrice - Assistente Sociale del servizio della cooperativa che utilizzerà appositi strumenti (schede di rilevazione e gradimento delle prestazioni rese) da esibire, su richiesta eventuale del servizio sociale comunale.

12) Infortuni o danni

La cooperativa risponderà direttamente dei danni in qualsiasi modo prodotti a persone o cose durante l'esecuzione del servizio e, pertanto, essa è in possesso di idonea polizza assicurativa.

Calatabiano _____

Firma dell'Assistente Sociale del Comune

Firma dell'interessato



ALL. "B"

COMUNE DI CALATABIANO

(Provincia di Catania)

☐ Piazza Vittorio Emanuele n° 32 – cap. 95011

Ufficio: Servizio Sociale

☎ 095/7760017 – fax 095/7771080

Email: servizisociali@comune.calatabiano.ct.it

ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI

VOUCHER

(buono /ordinativo di servizio)

DEL MESE DI _____

Il Signor/la Signora _____ ha usufruito dall'Ente *no profit*:

n. _____ ore di servizio secondo il piano individualizzato sottoscritto il _____,
corrispondente è di € 15,16 IVA inclusa, per le seguenti prestazioni:

- cura della persona (igiene personale, aiuto nel consumare i pasti, nel movimento, aiuto nell'alzata / messa a letto e vestizione, ecc.);
- governo della casa (pulizie, preparazione dei pasti, lavaggio di biancheria, ecc.);
- gestione di attività extra domestiche (disbrigo pratiche, pagamento bollette, spesa e piccole commissioni);
- interventi igienico-sanitari di semplice attuazione in collaborazione con il medico di base (assunzione corretta dei farmaci, prevenzione piaghe da decubito, ecc.);
- servizio di trasporto per visite mediche o altre necessità.

Il servizio è a carico del Comune e l'eventuale quota di compartecipazione è calcolata in base al reddito e al costo del servizio, ai sensi del D.A. n. 867/S7 della Regione Sicilia del 15/04/2003.

Calatabiano _____

Firma dell'Assistente Sociale del Comune

Firma dell'interessato
