

REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI SOCIALI E SOCIOSANITARIE PER LA DOMICILIARITÀ IN FAVORE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA IN CONDIZIONE DI FRAGILITÀ O DI NON AUTOSUFFICIENZA

1. OGGETTO E DESTINATARI

L'oggetto del presente regolamento è la definizione di un sistema integrato e coordinato di prestazioni per la domiciliarità finalizzato a fornire:

- a) alla cittadinanza un insieme di servizi e prestazioni diversificate in relazione alla tipologia di bisogno espresso;
- b) ai servizi socio-sanitari professionali uno strumento più efficace per la costruzione e attuazione dei Progetti Assistenziali Personalizzati (PAP).

Il sistema di prestazioni disegnato dal presente regolamento è peculiarmente rivolto alla popolazione anziana in condizione di fragilità (intendendosi con tale termine la condizione di rischio di perdita di autonomia e/o di isolamento sociale) o di non autosufficienza (ai sensi della definizione di cui alla L.R. n. 66/2008). Tuttavia, come indicato nei paragrafi di dettaglio e laddove specificato, alcune prestazioni e le relative regole, considerata la loro natura trasversale, sono rivolte anche a persone non anziane che presentino condizioni di fragilità o di non autosufficienza.

Il presente regolamento è riservato ai cittadini residenti nel Comune di Firenze.

2. PRINCIPI GENERALI

La finalità principale del sistema di prestazioni per la domiciliarità disegnato con il presente regolamento consiste nel prevenire, rimuovere o contenere le cause che limitano l'autonomia della persona, mirando a mantenerla nel proprio ambiente di vita, con l'obiettivo di limitare/ritardare processi di istituzionalizzazione o emarginazione e di sostenere l'azione di cura della famiglia.

Tale sistema si fonda sulla logica dei pacchetti coordinati di prestazioni. Il lavoro per pacchetti consente, da un lato, di definire e attuare PAP che siano costituiti da prestazioni coordinate e appropriate al bisogno, dall'altro, di determinare il livello di concorso alla copertura del valore economico con riferimento all'intero pacchetto nella sua complessità e non con riferimento alle singole prestazioni in modo distinto e scollegato.

In questo senso, i pacchetti altro non sono che un complesso coordinato di prestazioni che i servizi sociali professionali o, in caso di non autosufficienza, l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), nell'ambito dei PAP dagli stessi elaborati, individuano come necessari per rispondere a specifici bisogni e a determinati livelli di gravità della condizione di non autosufficienza. In questa logica, i possibili pacchetti sono potenzialmente tanti quante sono le possibili combinazioni tra le varie prestazioni per la domiciliarità, ivi compresa, ovviamente, la possibilità di definire pacchetti mono-prestazione. Con apposito atto della Giunta Esecutiva della Società della Salute possono tuttavia essere individuati dei pacchetti standard che indirizzino l'elaborazione dei PAP.

I pacchetti, oltre ad essere costituiti da una combinazione delle prestazioni di cui al presente regolamento, possono ovviamente essere integrati e coordinati anche con ricoveri temporanei di sollievo in RSA, oltre che con interventi non considerati in questa sede, sia di natura sanitaria (come, ad esempio, servizi infermieristici o riabilitativi) che di natura sociale (come, ad esempio i contributi di integrazione al reddito o i servizi mensa), in un'ottica di piena integrazione sociosanitaria e di completezza e unitarietà della risposta. Tuttavia, ai fini del calcolo del concorso alla copertura del relativo valore economico con le modalità previste al successivo paragrafo 4, vengono considerate nel pacchetto solo le prestazioni di cui al presente regolamento e indicate al successivo paragrafo 3.

In tale contesto, assume un ruolo centrale la famiglia, la quale, quando presente, non va considerata in modo passivo, come mera percettrice di prestazioni, ma come fulcro stesso di una risposta articolata e responsabile rispetto ad una situazione complessa di bisogno individuale e familiare.

3. PRESTAZIONI

Il presente regolamento è riferito ai servizi e alle prestazioni economiche finalizzate a favorire la permanenza nel proprio ambiente di vita delle persone in condizioni di fragilità o di non autosufficienza di seguito riepilogate:

- Servizio di Assistenza Domiciliare socioassistenziale
- Contributo per Assistenza Domiciliare indiretta
- Contributi per Assistenti Familiari
- Sostegno alle cure familiari
- Centri Diurni
- Consegna pasti a domicilio
- Pedicure a domicilio
- Telesoccorso e teleassistenza

Criteri ed aspetti organizzativi ed economici di dettaglio riferiti alle prestazioni in argomento possono essere oggetto di ulteriore disciplina specifica nell'ambito degli accordi o delle convenzioni con soggetti gestori esterni o dei regolamenti o atti di organizzazione interna per la gestione dei servizi comunali e/o dell'Azienda Sanitaria e/o della Società della Salute.

3.1. SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIOASSISTENZIALE

3.1.1. Descrizione e caratteristiche

Il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) assicura una gamma di prestazioni assistenziali programmate mirate:

- a) alla cura della persona nelle sue funzioni quotidiane;
- b) all'aiuto nella cura dell'ambiente domestico;
- c) al supporto logistico (disbrigo di pratiche, acquisto di generi alimentari, accompagnamento assistito, ecc.);
- d) all'aiuto alla persona nelle pratiche di riattivazione funzionale o riabilitative su indicazione di figure professionali competenti;
- e) alla realizzazione, quando strettamente necessari, di interventi di risanamento ambientale, con pulizia a fondo e/o piccole riparazioni nei locali dell'abitazione.

Il servizio ha una natura integrativa rispetto alle capacità e alle risorse personali e della rete familiare.

Il SAD può assicurare anche un'azione di tutoraggio in favore di utenti con bisogno complesso, qualora il PAP preveda la necessità di garantire tale forma di supporto integrativo in considerazione delle condizioni di particolare debolezza dell'utente e della sua famiglia.

La dimensione del servizio e i bisogni da coprire sono definiti in modo indicativo nel PAP, in considerazione della natura integrativa di tale prestazione rispetto alle capacità e alle risorse personali e della rete familiare, con riferimento alle seguenti fasce d'intensità:

Leggera	Fino a 6 ore settimanali
Media	Fino a 12 ore settimanali
Alta	Fino a 18 ore settimanali

Il programma di attuazione del servizio, in termini di numero di ore e di accessi, nonché di specifiche attività da svolgere vengono definite, all'avvio e in corso di erogazione della prestazione, dal SIAST in raccordo con i responsabili del servizio, nell'ambito della programmazione operativa

della prestazione – a seguito di proprie valutazioni tecniche e organizzative – nei limiti posti dalla fascia d'intensità prevista dal PAP. Prestazioni con dimensione del servizio superiore a quella indicata per la fascia alta possono essere previste solo in situazioni eccezionali, adeguatamente motivate, per le quali risulta impossibile ogni altro tipo di risposta assistenziale; in tal caso, il PAP indica la dimensione massima di riferimento. Le variazioni che comportino il passaggio da una fascia d'intensità ad un'altra possono essere autorizzate dal SIAST competente, senza necessità, in caso di prestazioni rivolte ad anziani non autosufficienti, di una nuova valutazione da parte dell'UVM.

L'utente beneficiario del servizio è tenuto a collaborare per il pieno e corretto utilizzo, da parte dell'operatore domiciliare incaricato, degli strumenti predisposti per la registrazione degli interventi effettuati e della durata degli stessi, siano essi di natura cartacea o telematica.

Le assenze dell'utente devono inoltre essere comunicate tempestivamente all'Amministrazione e all'ente erogatore, se diverso, da parte dell'utente stesso o di chi ne fa le veci, con relativi motivi e durata prevista.

Nell'ambito del SAD, qualora i servizi sociali professionali, previa apposita valutazione, ne rilevino la necessità, possono essere attivati interventi di Pronto Sociale Domiciliare. Tali interventi intendono rispondere alle situazioni di emergenza o urgenza sociali e/o alle necessità di prima attivazione di servizi in attesa della definizione del PAP, anche nel quadro di percorsi di dimissione ospedaliera protetta. Gli interventi di Pronto Sociale Domiciliare possono inoltre essere attivati anche in aggiunta a prestazioni già attive nell'ambito di un PAP, in presenza di situazioni di repentina variazione delle condizioni di bisogno alle quali occorre rispondere tempestivamente e in modo flessibile. Gli interventi di Pronto Sociale Domiciliare intendono quindi rispondere a situazioni contingenti hanno carattere straordinario e, di norma, non possono durare oltre i 30 giorni. Nel caso il bisogno non si esaurisca in tale termine, le prestazioni ulteriori che si dovessero rendere necessarie dovranno essere attivate tramite le ordinarie procedure di presa in carico. E' fatta salva la possibilità, se valutato opportuno dal servizio, di proseguire oltre i 30 giorni gli interventi di supporto leggero (commissioni, accompagnamenti, supporto relazionale, ecc.) che hanno natura sporadica.

3.1.2. Destinatari

Possono beneficiare del servizio:

- le persone di minore età, adulte o anziane che si trovano in condizione di fragilità o di non autosufficienza a causa di disabilità o limitata autonomia fisica, forme di decadimento cognitivo, patologie psichiatriche e/o forme di emarginazione la cui rete familiare di riferimento è assente o necessita di interventi integrativi, al fine di poter assicurare i necessari supporti assistenziali;
- i nuclei familiari che presentano una condizione di multi-problematicità.

3.1.3. Valore economico

Il valore economico della prestazione è determinato con riferimento a una tariffa massima oraria il cui importo è definito con apposito atto della Giunta Esecutiva della Società della Salute. Il livello di compartecipazione rispetto alla tariffa massima è determinato in considerazione della situazione economica dell'utente, secondo le modalità di cui al successivo paragrafo 4. Ai fini del calcolo della compartecipazione, la dimensione della prestazione presa in considerazione coincide con il valore massimo della fascia d'intensità indicata nel PAP e l'unità di prestazione è l'ora d'intervento.

Gli utenti sono tenuti al pagamento delle ore effettivamente fruite anche se di quantità diversa da quella prevista dal PAP, in ragione dell'importo orario di compartecipazione determinato. Il pagamento può essere richiesto anche in caso di interventi non effettuati per assenza dell'utente non comunicata al servizio entro le ore 14,00 del giorno precedente, fatta eccezione per

le assenze dovute a ricovero ospedaliero non programmato e in caso di decesso dell'utente. Fatte salve le suddette eccezioni, la reiterata mancata comunicazione dell'assenza può determinare la cessazione o la revisione del PAP.

Gli interventi di Pronto Sociale Domiciliare e di risanamento ambientale sono gratuiti.

3.2. CONTRIBUTI PER ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA

3.2.1. Descrizione e caratteristiche

La prestazione consiste nell'erogazione di contributi finalizzati a sostenere l'acquisto da parte dell'utente e/o della sua rete familiare di interventi paragonabili a quelli propri del servizio di assistenza domiciliare di cui al paragrafo 3.1.

Il PAP prevede le attività assistenziali da garantire con il contributo.

La dimensione della prestazione e i bisogni da coprire sono definiti in modo indicativo nel PAP, in considerazione della natura integrativa della prestazione stessa rispetto alle capacità e alle risorse personali e della rete familiare e con riferimento alle seguenti fasce d'intensità:

Leggera	Fino a 12 ore mensili
Media	Fino a 25 ore mensili
Alta	Fino a 50 ore mensili

La dimensione effettiva, in termini di numero di ore, viene definita, all'avvio e nel corso di erogazione della prestazione, dal SIAST competente, nell'ambito della programmazione operativa della prestazione, nei limiti posti dalla fascia d'intensità prevista dal PAP. Le variazioni che comportino il passaggio da una fascia d'intensità ad un'altra possono essere autorizzate dal SIAST competente, senza necessità, in caso di prestazioni rivolte ad anziani non autosufficienti, di una nuova valutazione da parte dell'UVM.

Il contributo deve essere utilizzato per l'instaurazione di un rapporto di lavoro subordinato con persone terze che svolgono funzioni assistenziali o di collaborazione domestica, ovvero per l'acquisto di servizi analoghi da organizzazioni ed imprese. Sono esclusi i rapporti di lavoro subordinato con il coniuge, con altri parenti tra quelli indicati all'articolo 433 del Codice Civile e con persone conviventi, ad eccezione, in quest'ultimo caso, delle persone che convivono per espletare le funzioni di cura. I contratti attivati devono coprire almeno il numero di ore mensili concesse.

Le assenze dell'utente superiori a 15 giorni consecutivi devono inoltre essere comunicate tempestivamente all'Amministrazione e all'ente erogatore, se diverso, da parte dell'utente stesso o di chi ne fa le veci, con relativi motivi e durata prevista.

In caso di sospensione della prestazione, il contributo decorre nuovamente dal mese in cui le condizioni che hanno determinato la sospensione hanno termine o dal mese successivo, a seconda che ciò si verifichi rispettivamente entro o successivamente il giorno 15.

In caso di cessazione della prestazione, il contributo decade dal mese della cessazione stessa o dal mese successivo, a seconda che questa si verifichi rispettivamente entro o successivamente il giorno 15.

3.2.2. Destinatari

Possono beneficiare del contributo:

- le persone di minore età, adulte o anziane che si trovano in condizione di fragilità o di non autosufficienza a causa di disabilità o limitata autonomia fisica, forme di decadimento cognitivo, patologie psichiatriche e/o forme di emarginazione la cui rete familiare di riferimento è assente o necessita di interventi integrativi al fine di poter assicurare i necessari supporti assistenziali;
- i nuclei familiari che presentano una condizione di multi-problematicità.

3.2.3. Valore economico

Il valore economico della prestazione è determinato con riferimento al massimale di contribuzione oraria definito con apposito atto della Giunta Esecutiva della Società della Salute e al numero di ore previste dal PAP.

L'importo effettivo del contributo è determinato sulla base della situazione economica dell'utente, con le modalità indicate al successivo paragrafo 4. Ai fini del calcolo dell'importo effettivo del contributo, la dimensione della prestazione presa in considerazione coincide con il valore massimo della fascia d'intensità indicata nel PAP e l'unità di prestazione è l'ora d'intervento. Il contributo viene erogato mensilmente per un importo complessivo pari all'importo orario effettivo per il numero di ore stabilito dal SIAST competente nell'ambito della fascia d'intensità prevista dal PAP.

3.3. CONTRIBUTI PER ASSISTENTI FAMILIARI

3.3.1. Descrizione e caratteristiche

La prestazione consiste nell'erogazione di contributi economici finalizzati all'instaurazione di un rapporto di lavoro con un assistente familiare, ovvero all'acquisto di servizi di assistenza a domicilio da organizzazioni ed imprese, nell'ambito di PAP di tipo domiciliare definiti dalle UVM.

Sono previste tre tipologie:

- tipologia A, rivolta agli anziani non autosufficienti con livello di isogravità 5, con Indicatore di Adeguatezza della Condizione Ambientale (IACA) non superiore a 30;
- tipologia B, rivolta agli anziani non autosufficienti con livello di isogravità 4, con Indicatore di Adeguatezza della Condizione Ambientale (IACA) non superiore a 30;
- tipologia C, rivolta agli anziani non autosufficienti con livello di isogravità 3, con Indicatore di Adeguatezza della Condizione Ambientale (IACA) non superiore a 30.

Ai fini della determinazione del valore economico del contributo, le suddette tipologie sono a loro volta articolate al loro interno in base alle seguenti fasce di IACA: da 0 a 20, da 21 a 25, da 26 a 30.

Il livello di isogravità e di IACA è definito con le modalità previste dal progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente approvato con Delibera della Giunta Regionale n. 370/2010, è attribuito dalla UVM e indicato nel PAP.

Si indicano, a titolo esemplificativo, le attività assistenziali e di supporto che devono essere assicurate nell'ambito del progetto:

- cura delle operazioni di igiene quotidiana della persona, della sua biancheria e indumenti;
- aiuto nell'alzata e nella messa a letto;
- aiuto e controllo nella preparazione o assunzione dei pasti e nella loro eventuale somministrazione;
- prevenzione delle piaghe da decubito, anche avvalendosi degli opportuni ausili;
- controllo e sorveglianza dell'anziano;
- mantenimento di idonee condizioni igieniche nell'ambiente di vita dell'anziano;
- stimolo per il mantenimento delle relazioni sociali e delle residue capacità psico-fisiche dell'anziano;
- collaborazione con il medico di medicina generale e con i servizi sociosanitari territoriali in riferimento allo stato di salute e benessere dell'anziano, nonché per tutti quegli interventi e prestazioni domiciliari che si rendano necessari.

Il contributo deve essere utilizzato obbligatoriamente per l'instaurazione di un rapporto di lavoro subordinato con persone terze che svolgono funzioni di assistente familiare, nel rispetto dei Contratti Collettivi di lavoro vigenti e dalle norme che regolano la materia, ovvero per l'acquisto di servizi analoghi da organizzazioni ed imprese che applichino integralmente tali contratti. Sono esclusi i rapporti di lavoro subordinato con le persone di cui all'articolo 433 del codice civile.

Il contratto con il soggetto erogatore di servizi di assistenza familiare (lavoratore subordinato o organizzazione/impresa) deve coprire almeno un monte ore pari a 18 settimanali.

La sussistenza delle suddette condizioni relative ai contratti di lavoro o di acquisto di servizi deve essere dichiarata, ai sensi dell'articolo 47 del DPR 445/2000, dal beneficiario, da chi lo rappresenta legalmente o dal familiare titolare del rapporto di lavoro per conto del beneficiario stesso, entro 30 giorni dalla data in cui viene richiesta la relativa documentazione. La richiesta viene effettuata, tramite contatto telefonico, a cura dell'ente gestore della prestazione. Il contributo decorre dal mese in cui viene verificata positivamente tale condizione o dal mese successivo, a seconda che la verifica si sia conclusa rispettivamente entro o successivamente il giorno 15. Nel caso in cui la verifica, effettuata nei tempi su indicati, abbia esito negativo, la scadenza può essere prorogata, dietro motivata richiesta da parte dell'utente, per un massimo di ulteriori 30 giorni, trascorsi i quali, se il mancato adempimento persiste, la prestazione viene revocata.

Allo scopo di consentire un monitoraggio sugli Assistenti Familiari coinvolti, gli utenti comunicano tempestivamente all'Amministrazione i riferimenti identificativi delle persone assunte (nominativo, data di nascita, qualificazione, ecc.), il loro eventuale licenziamento e le loro eventuali sostituzioni.

Gli Assistenti Familiari non possono svolgere attività sanitaria, qualora non posseggano titoli professionali abilitanti e riconosciuti secondo le normative vigenti.

Le assenze dell'utente superiori a 30 giorni consecutivi devono inoltre essere comunicate tempestivamente all'Amministrazione e all'ente erogatore, se diverso, da parte dell'utente stesso o di chi ne fa le veci, con relativi motivi e durata prevista.

In caso di sospensione della prestazione, il contributo decorre nuovamente dal mese in cui le condizioni che hanno determinato la sospensione hanno termine o dal mese successivo, a seconda che ciò si verifichi rispettivamente entro o successivamente il giorno 15.

In caso di cessazione della prestazione, il contributo decade dal mese della cessazione stessa o dal mese successivo, a seconda che questa si verifichi rispettivamente entro o successivamente il giorno 15.

Qualora l'importo del contributo sia calcolato pari a zero, si determina quanto segue:

- se il contributo è in erogazione o in via di erogazione, la prestazione viene sospesa e può essere riattivata, nel corso dei successivi 12 mesi, dietro istanza dell'utente, nel caso in cui l'eventuale modifica della situazione economica o dei criteri di calcolo determinino un importo positivo;
- se l'utente è in lista d'attesa, esce dalla lista stessa, nella quale, nel corso dei successivi 12 mesi, dietro apposita istanza, può tuttavia rientrare nel caso in cui l'eventuale modifica della situazione economica o dei criteri di calcolo determinino un importo positivo, continuando a valere come data utile per determinare il tempo di permanenza in lista quella in precedenza attribuita.

In entrambi i suddetti casi, trascorsi 12 mesi dalla data del calcolo che ha determinato l'importo pari a zero, se la prestazione viene riproposta dall'UVM o dal SIAST, l'utente viene posto in lista d'attesa secondo i criteri indicati al paragrafo 5, valendo allo scopo, come data utile per determinare il tempo di permanenza in lista quella della riproposizione stessa.

3.3.2. Destinatari

Possono beneficiare del contributo le persone anziane di età uguale o superiore a 65 anni, in condizioni di non autosufficienza valutata dall'UVM riconducibile a un livello di isogravità non inferiore a 3.

3.3.3. Valore economico

Il valore economico della prestazione è rappresentato dai massimali di contribuzione mensile definiti con apposito atto della Giunta Esecutiva della Società della Salute con riferimento alle tipologie previste e alla loro articolazione interna in base al livello di IACA.

L'importo effettivo del contributo è calcolato sulla base della situazione economica dell'utente, determinata secondo le modalità di cui al successivo paragrafo 4.

L'importo del contributo non può comunque eccedere il valore della spesa determinata dai contratti instaurati per l'acquisto di servizi di assistenza familiare – ivi compresa, in caso di contratto di lavoro individuale con Assistenti Familiari conviventi, una quota equivalente al totale dell'indennità mensile sostitutiva di vitto e alloggio prevista dai contratti collettivi.

3.4. SOSTEGNO ALLE CURE FAMILIARI

3.4.1. Descrizione e caratteristiche

La prestazione consiste nell'erogazione di contributi economici finalizzati a sostenere le famiglie che si fanno carico direttamente dell'assistenza in favore di propri familiari anziani in condizione di non autosufficienza, in considerazione della rilevante funzione assistenziale che queste svolgono e dei costi sociali ed economici da queste sostenuti.

In considerazione di ciò, tale tipologia di contributo viene concessa solo in favore di utenti che siano dotati di una rete familiare adeguata e solo in presenza di familiari che si facciano formalmente garanti della necessaria assistenza e del raggiungimento degli obiettivi posti dal PAP, rendendosi disponibili a favorire gli interventi di monitoraggio da parte dei servizi sociosanitari e a svolgere un ruolo attivo e integrato con la rete dei servizi.

Sono previste tre tipologie:

- tipologia A, rivolta agli anziani non autosufficienti con livello di isogravità 5;
- tipologia B, rivolta agli anziani non autosufficienti con livello di isogravità 4;
- tipologia C, rivolta agli anziani non autosufficienti con livello di isogravità 3.

Ai fini della determinazione del valore economico del contributo, le suddette tipologie sono al loro volta articolate al loro interno in base alle seguenti fasce di IACA (Indicatore di Adeguatezza della Condizione Ambientale): da 0 a 20, da 21 a 25, maggiore di 25.

Si indicano, a titolo esemplificativo, le attività assistenziali e di supporto che devono essere assicurate nell'ambito del progetto:

- cura delle operazioni di igiene quotidiana della persona, della sua biancheria e indumenti;
- aiuto nell'alzata e nella messa a letto;
- aiuto e controllo nella preparazione o assunzione dei pasti e nella loro eventuale somministrazione;
- prevenzione delle piaghe da decubito, anche avvalendosi degli ausili ritenuti opportuni;
- controllo e sorveglianza dell'anziano;
- attività tese al mantenimento di idonee condizioni igieniche nell'ambiente di vita dell'anziano;
- attività di stimolo per il mantenimento delle possibili relazioni sociali e delle residue capacità psico-fisiche dell'anziano;
- collaborazione con il medico di medicina generale e con i servizi sociosanitari territoriali dello stato di salute e benessere dell'anziano, nonché per tutti quegli interventi e prestazioni domiciliari che si rendano necessarie.

I servizi sociosanitari assicurano un'azione di monitoraggio costante e frequente sull'andamento dei PAP che prevedono tale prestazione.

Le assenze superiori a 30 giorni consecutivi dell'utente devono inoltre essere comunicate tempestivamente all'Amministrazione e all'ente erogatore, se diverso, da parte dell'utente stesso o di chi ne fa le veci, con relativi motivi e durata prevista.

In caso di sospensione della prestazione, il contributo decorre nuovamente dal mese in cui le condizioni che hanno determinato la sospensione hanno termine o dal mese successivo, a seconda che ciò si verifichi rispettivamente entro o successivamente il giorno 15.

In caso di cessazione della prestazione, il contributo decade dal mese della cessazione stessa o dal mese successivo, a seconda che questa si verifichi rispettivamente entro o successivamente il giorno 15.

Qualora l'importo del contributo sia calcolato pari a zero, si determina quanto segue:

- se il contributo è in erogazione o in via di erogazione, la prestazione viene sospesa e può essere riattivata, nel corso dei successivi 12 mesi, dietro istanza dell'utente, nel caso in cui l'eventuale modifica della situazione economica o dei criteri di calcolo determinino un importo positivo;
- se l'utente è in lista d'attesa, esce dalla lista stessa, nella quale, nel corso dei successivi 12 mesi, dietro apposita istanza, può tuttavia rientrare nel caso in cui l'eventuale modifica della situazione economica o dei criteri di calcolo determinino un importo positivo, continuando a valere come data utile per determinare il tempo di permanenza in lista quella in precedenza attribuita.

In entrambi i suddetti casi, trascorsi 12 mesi dalla data del calcolo che ha determinato l'importo pari a zero, se la prestazione viene riproposta dall'UVM o dal SIAST, l'utente viene posto in lista d'attesa secondo i criteri indicati al paragrafo 5, valendo allo scopo, come data utile per determinare il tempo di permanenza in lista quella della riproposizione stessa.

Tale prestazione può essere utilizzata, previo accordo con i servizi sociosanitari, anche con possibilità di spesa del relativo contributo economico per il ricovero in RSA, senza che ciò determini il riconoscimento di ulteriori benefici, ivi inclusa la concessione della quota sanitaria per il ricovero stesso.

3.4.2. Destinatari

Possono beneficiare del contributo le persone anziane di età uguale o superiore a 65 anni, che presentino gravi forme di demenza senile e/o altre patologie determinanti una condizione di non autosufficienza con relativo livello di isogravità definito secondo i criteri stabiliti dal progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente approvato con Delibera della Giunta Regionale n. 370/2010, la cui rete familiare, durante l'arco della giornata, assicuri direttamente il fabbisogno assistenziale prevalente e si faccia garante della necessaria assistenza e del raggiungimento degli obiettivi individuati.

3.4.3. Valore economico

Il valore economico della prestazione è rappresentato dai massimali di contribuzione mensile definiti con apposito atto della Giunta Esecutiva della Società della Salute con riferimento alle tipologie previste e alla loro articolazione interna in base al livello di IACA.

L'importo del contributo è calcolato sulla base della situazione economica dell'utente, determinata secondo le modalità di cui al successivo paragrafo 4.

3.5. CENTRI DIURNI PER PERSONE ANZIANE

3.5.1. Descrizione e caratteristiche

Il Centro Diurno è una struttura semiresidenziale che, anche grazie all'integrazione con altri servizi, offre un qualificato riferimento assistenziale, educativo e relazionale in grado di garantire un'ampia risposta al bisogno sociosanitario dell'utente, alleggerendo il carico assistenziale che grava sulla rete familiare e consentendo il mantenimento dell'utente nel proprio contesto di vita abituale.

Sono previste tre tipologie di Centri Diurni:

- A. Centri Diurni per anziani non autosufficienti;
- B. Centri Diurni per persone affette da disturbi neuro – cognitivi;
- C. Centri Diurni per anziani fragili.

Il numero di giorni di frequenza viene programmato dal SIAST competente, in raccordo con l'UVM (in caso di utenti non autosufficienti) e con l'assistito e la sua famiglia. Si può inizialmente

attivare il servizio per un numero di giorni inferiore rispetto alla dimensione effettiva programmata, in presenza dell'opportunità di avviare il servizio tempestivamente, anche in assenza della quantità di risorse (posti liberi e/o copertura finanziaria) necessarie a coprirlo interamente.

L'inserimento viene effettuato dagli uffici preposti, presso la struttura, convenzionata o a gestione diretta, individuata come idonea, per ragioni territoriali e caratteristiche assistenziali, in raccordo con l'assistito e la sua famiglia.

In caso di indisponibilità di posti nella struttura individuata, seppur in presenza di risorse economiche sufficienti, l'utente viene posto in lista d'attesa cronologica per il suo effettivo inserimento nella struttura stessa.

Le assenze dell'utente devono inoltre essere comunicate tempestivamente all'Amministrazione e all'ente erogatore, se diverso, da parte dell'utente stesso o di chi ne fa le veci, con relativi motivi e durata prevista.

Qualora un utente inserito in Centro Diurno venga inserito temporaneamente presso una struttura residenziale, per lo stesso periodo può essere inserito temporaneamente in centro diurno un altro utente in lista d'attesa.

3.5.2. Destinatari

Possono beneficiare del servizio le persone anziane di età uguale o superiore a 65 anni in condizioni di fragilità o di non autosufficienza che, per livello di autonomia residua e/o per la presenza di supporto familiare, siano in grado di mantenere la permanenza presso il proprio domicilio, ma che, durante le ore diurne, abbiano bisogno di essere inseriti in un contesto che garantisca loro i necessari interventi assistenziali, educativi e di supporto relazionale.

In presenza di motivata necessità, possono fruire di tale servizio anche cittadini adulti di età inferiore a 65 anni in condizione di bisogno equiparabili a quello dei cittadini anziani a cui il servizio è destinato, nell'ambito di speciali programmi assistenziali definiti dai servizi competenti.

3.5.3. Valore economico

Il valore economico della prestazione è determinato con riferimento alla quota sociale standard della retta giornaliera, il cui importo è definito con apposito atto della Giunta Esecutiva della Società della Salute. L'importo della quota sanitaria della retta giornaliera, laddove previsto, è interamente a carico dell'Azienda Sanitaria o di eventuali fondi sociosanitari integrati, mentre per il pagamento della quota sociale l'utente può beneficiare di un intervento economico integrativo o di un abbattimento della quota sociale, il cui importo è calcolato sulla base della sua situazione economica e del conseguente livello di concorso a carico dell'utente, secondo le modalità di cui al successivo paragrafo 4.

Per i Centri di cui alle tipologie A e B, l'intervento economico integrativo non può eccedere i valori economici massimi definiti con apposito atto della Giunta Esecutiva, ripartiti in base al livello di isogravità e al numero di giorni programmato di frequenza settimanale. La relativa quota sanitaria è erogata per tutti i giorni di frequenza, nei limiti del numero di giorni settimanali programmato e autorizzato.

Per i Centri Diurni di cui alla tipologia C, ai fini del calcolo del livello di concorso si considera una frequenza programmata standard di 6 giorni settimanali.

Nell'ambito delle convenzioni con gestori esterni o dei regolamenti per la gestione dei centri diurni comunali possono essere stabilite modalità ulteriori per la determinazione dei pagamenti dovuti sia per le giornate di frequenza che per le giornate di mancata frequenza.

L'intervento economico integrativo viene versato dal Comune direttamente alla struttura interessata nei limiti delle giornate autorizzate, in caso di struttura convenzionata, o consiste in una minore entrata per il Comune in caso di struttura a gestione diretta.

3.6. CONSEGNA PASTI A DOMICILIO

3.6.1. Descrizione e caratteristiche

Il servizio si pone come risorsa integrativa della gamma delle prestazioni finalizzate a sostenere la domiciliarità delle persone con limitata autonomia e consiste nella consegna presso l'abitazione dell'utente di pasti preparati in centri specializzati e distribuiti tramite idonei mezzi di trasporto. Il servizio assicura la consegna di pasti sia per il pranzo che per la cena, a seconda delle necessità. La consegna del pasto serale può avvenire, con gli opportuni accorgimenti, anche nella fascia oraria prevista per la consegna del pranzo.

Il servizio consente, grazie al contatto, di norma quotidiano, con gli operatori addetti alla consegna, anche un'azione di sorveglianza costante delle condizioni degli utenti.

Il numero di pasti settimanali è definito in modo indicativo nel PAP, con riferimento alle seguenti fasce:

Medio-bassa	Da 1 a 7 pasti
Alta	Da 8 a 14 pasti

La dimensione effettiva viene definita dall'ufficio preposto al coordinamento del servizio, in raccordo con il SIAST competente e l'utente e la sua famiglia, sulla base di valutazioni tecniche e/o organizzative, nei limiti posti dalla fascia prevista dal PAP. Si può inizialmente attivare un numero di pasti rientrante in una fascia inferiore in presenza dell'opportunità di avviare il servizio tempestivamente, anche in assenza della quantità di risorse necessarie a coprirlo interamente. Le variazioni che comportino il passaggio da una fascia d'intensità ad un'altra possono essere autorizzate dal SIAST competente, senza necessità, in caso di prestazioni rivolte ad anziani non autosufficienti, di una nuova valutazione da parte dell'UVM.

Le assenze dell'utente devono inoltre essere comunicate tempestivamente all'Amministrazione e all'ente erogatore, se diverso, da parte dell'utente stesso o di chi ne fa le veci, con relativi motivi e durata prevista.

Il servizio è basato su un'organizzazione che prevede automezzi di consegna assegnati a specifici ambiti territoriali. Pertanto, in caso di temporanea indisponibilità di spazi sugli automezzi assegnati all'ambito territoriale in cui ricade il domicilio dell'utente, seppur in presenza di risorse economiche sufficienti, questi viene posto in lista d'attesa cronologica per l'attivazione effettiva del servizio.

3.6.2. Destinatari

Il servizio è rivolto a quelle persone le cui precarie condizioni di autonomia e di solitudine impediscono la normale gestione autonoma della preparazione dei pasti e ha pertanto lo scopo di garantirne la corretta alimentazione.

3.6.3. Valore economico

Il valore economico della prestazione è determinato con riferimento alla tariffa massima per pasto il cui importo è definito con apposito atto della Giunta Esecutiva della Società della Salute. Il livello di compartecipazione rispetto alla tariffa massima è determinato in considerazione della situazione economica dell'utente, secondo le modalità di cui al successivo paragrafo 4. Ai fini del calcolo della compartecipazione, la dimensione della prestazione presa in considerazione coincide con il valore massimo della fascia d'intensità indicata nel PAP e l'unità di prestazione è il singolo pasto consegnato.

In aggiunta alla tariffa dovuta per il servizio di consegna a domicilio, così come definita a seguito del calcolo del livello di compartecipazione, l'Amministrazione si riserva di determinare, con apposito atto della Giunta Esecutiva della Società della Salute, una quota fissa a carico dell'utente, non soggetta ad agevolazioni, a copertura parziale o totale del costo di fornitura del pasto da consegnare.

Gli utenti sono tenuti al pagamento dei pasti effettivamente fruiti, anche se di quantità diversa da quella prevista dal PAP. Il pagamento può essere richiesto anche in caso di pasti non

consegnati per assenza dell'utente non comunicata al servizio entro le ore 14 del giorno precedente, fatta eccezione per le assenze dovute a ricovero ospedaliero non programmato.

3.7. PEDICURE A DOMICILIO

3.7.1. Descrizione e caratteristiche

E' un servizio che si pone come risorsa integrativa della gamma di prestazioni finalizzate a favorire la domiciliarità delle persone con limitata autonomia e consente di sostenere l'utente nella cura, con caratteristiche non sanitarie, del piede, tramite personale specializzato, con l'obiettivo di prevenire l'insorgenza di problematiche che possono anche arrivare ad ostacolare la corretta deambulazione, sostenendo pertanto il mantenimento della capacità residue. Il servizio si articola in interventi svolti con cadenza stabilita nel PAP e comunque non superiore a una volta al mese.

Le assenze dell'utente devono inoltre essere comunicate tempestivamente all'Amministrazione e all'ente erogatore, se diverso, da parte dell'utente stesso o di chi ne fa le veci, con relativi motivi e durata prevista.

3.7.2. Destinatari

Il servizio è rivolto a persone adulte o anziane con limitata autonomia e non in grado di uscire agevolmente per poter fruire dello stesso servizio presso appositi presidi.

3.7.3. Valore economico

Il valore economico della prestazione è determinato con riferimento alla tariffa massima per intervento il cui importo è definito con apposito atto della Giunta Esecutiva della Società della Salute. Il livello di compartecipazione rispetto alla tariffa massima è determinato in considerazione della situazione economica dell'utente, secondo le modalità di cui al successivo paragrafo 4. Ai fini del calcolo della compartecipazione, la dimensione della prestazione presa in considerazione è pari 12 interventi su base annuale e l'unità di prestazione è il singolo intervento.

Gli utenti sono tenuti al pagamento degli interventi effettivamente fruiti, anche se di quantità diversa da quella prevista dal PAP. Il pagamento può essere richiesto anche in caso di interventi non effettuati per assenza dell'utente non comunicata al servizio entro le ore 14 del giorno precedente.

3.8. TELESOCORSO E TELEASSISTENZA

3.8.1. Descrizione e caratteristiche

Il servizio, basato sulla gestione di collegamenti remoti tra terminali periferici installati presso il domicilio dell'utente e una o più centrali operative, ha la finalità, in stretta collaborazione con la rete dei servizi socio-sanitari pubblici, privati e di volontariato, di permettere alle persone in condizioni di età avanzata, di limitata autonomia fisica e/o sensoriale o di isolamento relazionale, di rimanere al proprio domicilio in condizioni di sicurezza e serenità, tramite:

- monitoraggio costante delle condizioni psico-fisiche e della situazione personale, sociale e ambientale dell'utente
- informazioni, orientamento e collegamento con la rete dei servizi
- attivazione dei competenti presidi (ad esempio, il 118) per gli interventi in casi di emergenza/urgenza
- stimolo alla socializzazione e alla rottura dell'isolamento
- azioni di promozione di corretti stili di vita.

Il servizio di teleassistenza è organizzato in moduli con le seguenti caratteristiche:

A) Telesoccorso

- Risposta immediata alle chiamate di soccorso 24 ore al giorno per 365 giorni anno
- Attivazione dei soccorsi (118, VVFF, etc.) e assistenza/conforto fino all'arrivo degli aiuti mediante conversazione in vivavoce e informazione a parenti/conoscenti

- Gestione della cartella clinica per una corretta e completa informazione a chi soccorre l'assistito
- Chiamate periodiche di prova di funzionamento del sistema, che consentono anche la contestuale verifica delle condizioni dell'utente

B) Telesoccorso e Teleassistenza

- Tutte le funzioni del Telesoccorso
- Un contatto programmato con chiamate settimanali di conforto e controllo dello stato dell'assistito
- Servizio di agenda per gli appuntamenti periodici.

C) Telecare – (Telesoccorso, Teleassistenza, Teleconforto e Telemonitoraggio)

- Tutte le funzioni di Telesoccorso e Teleassistenza su collegamento ADSL in rete privata (VPN);
- Verifiche giornaliere programmate e automatiche dello stato dell'assistito (con attesa di conferma da parte dell'assistito) e chiamate programmate
- Servizio automatico giornaliero di promemoria per la corretta assunzione di farmaci
- Servizio di agenda (per gli appuntamenti importanti della vita quotidiana e di relazione) personalizzabili e programmabili sia su base giornaliera che periodica
- Gestione dei contatti dell'assistito
- Possibilità dell'assistito di (video)chiamare la centrale operativa o altri soggetti (come associazioni di volontariato) per momenti di compagnia
- Possibilità di videochiamata fra due assistiti o fra assistito e parente o altre persone con medesima apparecchiatura o con un computer configurato per l'accesso al rete privata virtuale del servizio
- Sensori opzionali per il monitoraggio di alcuni rischi ambientali (sensori del gas e di fumo) e per il monitoraggio di funzioni vitali (frequenza cardiaca, temperatura corporea, sensori di movimento).

L'attivazione del servizio può avvenire tramite richiesta diretta al gestore o tramite il competente Servizio Integrato di Assistenza Sociale (SIASST), se nell'ambito di un PAP definito in favore dell'utente interessato.

L'attivazione e il successivo funzionamento del servizio sono comunque condizionati dalla sussistenza, presso il domicilio del richiedente, delle necessarie condizioni tecniche per il corretto funzionamento del servizio, nonché della sufficiente disponibilità di collegamenti concedibili. Inoltre, al momento dell'attivazione del servizio, il gestore può richiedere la consegna di copia delle chiavi dell'abitazione dell'utente, al solo scopo di consentire l'accesso in caso di allarme. In caso di mancata disponibilità a consegnare copia delle chiavi, il gestore potrà richiedere apposita liberatoria in proposito o negare il servizio.

Le assenze dell'utente devono inoltre essere comunicate tempestivamente all'Amministrazione e all'ente erogatore, se diverso, da parte dell'utente stesso o di chi ne fa le veci, con relativi motivi e durata prevista.

3.8.2. Destinatari

Il servizio è rivolto a persone adulte o anziane con particolari patologie e/o in condizioni di solitudine o disagio sociale.

3.8.3. Valore economico

Il valore economico della prestazione è determinato con riferimento al canone massimo mensile di ciascun modulo il cui importo è definito con apposito atto della Giunta Esecutiva della Società della Salute. Il livello di compartecipazione rispetto al canone massimo è determinato in considerazione della situazione economica dell'utente, secondo le modalità di cui al successivo paragrafo 4.

4. CONCORSO DEL TITOLARE DEL PAP ALLA COPERTURA DEL VALORE ECONOMICO DEL PACCHETTO DI PRESTAZIONI

4.1. Indicazioni generali

Il pacchetto di prestazioni derivante dalla definizione del PAP può comporsi sia di servizi erogati in natura che di interventi di carattere economico.

Il concorso del titolare del PAP alla copertura del valore economico del pacchetto di prestazioni può quindi avvenire sia sotto forma di compartecipazione al loro costo (nel caso di servizi erogati in natura) che di riduzione dell'importo degli interventi economici concessi rispetto al loro valore massimo stabilito.

Ai sensi dell'art. 47 della legge regionale n. 41/2005, il concorso è determinato in dipendenza dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE), così come definito dal decreto legislativo n. 109/98 e successive modifiche e integrazioni, con riferimento al nucleo familiare standard individuato dalla stessa normativa.

In caso di non autosufficienza o di disabilità grave, ai sensi dell'articolo 14 della legge regionale n. 66/2008 e del conseguente atto d'indirizzo approvato dalla Giunta Regionale con delibera n. 385/2009, il concorso da parte del titolare del PAP viene determinato in dipendenza dell'ISEE riferito al nucleo estratto composto dall'assistito e dalle eventuali persone fiscalmente a carico. A tal scopo, la situazione di non autosufficienza è verificata dall'UVM competente ed è riferita ai livelli di isogratità 3, 4 o 5 così come definiti dal progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente approvato con Delibera della Giunta Regionale n. 370/2010, mentre la condizione di disabilità grave è attestata con le modalità previste dalla legge n. 104/1992.

Il livello di concorso alla copertura del valore economico del pacchetto di prestazioni viene determinato a seguito di apposita istanza presentata dall'utente o da chi ne esercita la tutela giuridica, producendo un'attestazione ISEE in corso di validità e la relativa dichiarazione sostitutiva unica basata sull'ultima dichiarazione dei redditi presentata o, in mancanza di obbligo di presentazione della dichiarazione dei redditi, dall'ultimo certificato sostitutivo rilasciato dai datori di lavoro o da enti previdenziali, corredate, se necessario, da ulteriore dichiarazione sostitutiva (articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00) relativa alle informazioni in esse non contenute.

Analogamente, le persone fiscalmente a carico inserite nel nucleo estratto sono quelle considerate come tali nella documentazione fiscale alla quale sono riferiti i redditi dichiarati ai fini del calcolo dell'ISEE.

Nel caso in cui una stessa persona sia fiscalmente a carico di più assistiti, la stessa viene inserita nel nucleo estratto riferito all'assistito con una maggiore percentuale di carico, ovvero, in caso di identica percentuale di carico, nel nucleo estratto riferito all'assistito con reddito più elevato.

Per il calcolo del livello di concorso dell'utente viene utilizzato un valore, definito "Indicatore Economico Agevolato (IEA)", determinato prevedendo un'ulteriore agevolazione calcolata in termini di equivalenza all'incidenza nel calcolo:

- della componente dell'ISEE definita dal DPCM 242/2001 "Indicatore della Situazione Reddittuale (ISR)":
 - dell'eccedenza, nei limiti di ulteriori €4.000,00, dell'importo dell'affitto per la casa di abitazione rispetto all'importo detraibile ai sensi della vigente normativa;
 - della minore disponibilità di reddito dell'utente, per un importo pari alla quota parte distintamente riconducibile alla sua situazione economica della retta annuale relativa all'inserimento presso una struttura residenziale per anziani di un proprio familiare, calcolato ai sensi del relativo regolamento del Comune di Firenze o attestato nel suo ammontare da altro Comune competente per residenza del familiare, sulla base dei relativi regolamenti del Comune stesso;
- della componente dell'ISEE definita dal DPCM 242/2001 "Indicatore della Situazione Patrimoniale (ISP)":

- dell'eccedenza, nei limiti di ulteriori €40.000,00, del valore della casa di abitazione rispetto alla franchigia stabilita dalla vigente normativa, limitatamente alle abitazioni di categoria diversa da A1, A8 e A9;
- del valore delle pertinenze della casa di abitazione e delle relative quote capitale residue di eventuali mutui, al fine di considerarle, ai sensi del suddetto atto d'indirizzo regionale, congiuntamente al bene immobile principale.

Il valore economico del pacchetto di prestazioni è pari alla somma del valore economico di ciascun servizio o intervento economico in esso contenuto, tenuto conto delle unità di prestazione previste dal PAP e con riferimento alle tariffe e ai massimali di intervento economico previsti per le singole prestazioni.

Qualora, per la dimensione della relativa lista d'attesa, tutte le prestazioni previste dal pacchetto e le eventuali prestazioni alternative non possano essere presumibilmente attivate entro 60 giorni dalla data di accettazione del PAP, la determinazione del livello di concorso può essere posticipata al momento della possibile attivazione di almeno una prestazione.

4.2. Modalità di calcolo del concorso sul valore economico del pacchetto (calcolo della prestazione sociale agevolata)

Il concorso del titolare del PAP alla copertura del valore economico del pacchetto di prestazioni nel periodo di riferimento avviene a partire da valori dell'Indicatore Economico Agevolato superiori a una soglia pari a 1,25 volte l'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS (soglia di esenzione).

Il titolare del PAP è tenuto alla copertura dell'intero valore economico del pacchetto di prestazioni in caso di Indicatore Economico Agevolato superiore a una soglia pari a 4 volte l'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS (soglia di massimo concorso). Il titolare del PAP è altresì tenuto alla copertura dell'intero valore economico del pacchetto di prestazioni (in caso di contributi ciò implica l'azzeramento dei relativi importi) nei seguenti casi, il determinarsi dei quali determina la sospensione della prestazione sociale agevolata:

- a) se dispone, in base a quanto risultante dalla dichiarazione ISEE presentata con l'istanza di calcolo del livello di concorso, di un patrimonio immobiliare, esclusa la casa di abitazione, di valore ai fini ICI complessivo, riferito alla quota posseduta di ciascun cespite, da cui detrarre la relativa quota di capitale residua di eventuali mutui, pari o superiore all'importo allo scopo stabilito con Delibera della Giunta Esecutiva.
- b) se dispone, in base a quanto risultante dalla dichiarazione ISEE presentata con l'istanza di calcolo del livello di concorso, di un patrimonio mobiliare di valore complessivo, riferito alla quota posseduta, pari o superiore all'importo allo scopo stabilito con Delibera della Giunta Esecutiva.

Nei casi di cui al punto a) tale disposizione si applica dopo 180 giorni dalla data di attivazione di almeno una delle prestazioni previste dal pacchetto.

Per valori dell'Indicatore Economico Agevolato compresi tra le due suddette soglie, il titolare del PAP concorre alla copertura del valore economico del pacchetto di prestazioni in misura proporzionale, secondo un coefficiente determinato rapportando la differenza tra l'IEA stesso e la soglia di esenzione alla differenza tra la soglia di massimo concorso e la soglia di esenzione, come sinteticamente rappresentato nella formula seguente:

$$\frac{IEA - \text{soglia di esenzione}}{\text{soglia di massimo concorso} - \text{soglia di esenzione}}$$

In presenza di PAP di durata inferiore ai 12 mesi, ai fini del calcolo del concorso, il valore economico del pacchetto viene fittiziamente ricalcolato su base annuale.

La soglia di esenzione è da ritenersi come una quota che rimane in disponibilità del nucleo considerato (standard o estratto). Pertanto, qualora il valore del pacchetto determini, applicando le regole su esposte, un livello di concorso tale da implicare, se sottratto all'IEA del nucleo, una

disponibilità residua inferiore alla soglia di esenzione, il coefficiente di concorso deve essere ridotto nella misura necessaria a salvaguardare la soglia stessa.

Il concorso del titolare del PAP per unità di prestazione (ora di assistenza domiciliare, pasto consegnato, retta giornaliera centro diurno, importo mensile del contributo per assistenti familiari, ...) viene determinato moltiplicando il coefficiente determinato con le modalità suddette per lo specifico valore economico unitario di ciascuna prestazione componente il pacchetto. Tale importo è poi arrotondato per difetto al multiplo di 25 centesimi di euro più vicino.

Il concorso del titolare del PAP rispetto a una specifica prestazione viene considerato pari a zero, qualora dal calcolo effettuato emerga che il relativo livello su base annua sia quantificabile in base alla dimensione programmata in un importo inferiore a €12,00.

4.3. Presenza di più assistiti nel nucleo familiare

Qualora risultino, anche in tempi diversi, beneficiari di pacchetti di prestazioni di cui al presente regolamento più persone appartenenti allo stesso nucleo familiare, così come risultante dall'elenco dei componenti indicati nella Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) relativa all'ISEE presentato, il concorso alla copertura del valore economico viene calcolato con riferimento alla più favorevole tra le seguenti modalità:

- a) le relative prestazioni vengono ricondotte ad un unico pacchetto e l'ISEE agevolato considerato è quello del nucleo familiare standard, ovvero, nel caso che almeno uno degli assistiti sia non autosufficiente o in condizioni di disabilità grave, l'ISEE agevolato riferito al nucleo estratto composto dagli assistiti e dagli eventuali soggetti fiscalmente a loro carico;
- b) a ciascun assistito vengono ricondotte le prestazioni del proprio specifico pacchetto e il concorso si calcola con le modalità esposte nei commi precedenti.

Qualora la compresenza di più persone assistite tra i componenti lo stesso nucleo familiare si verifichi o modifichi in un secondo momento, in quell'occasione viene rideterminato con le modalità di cui sopra il livello di concorso di tutti gli interessati in base all'ISEE riferito all'ultima dichiarazione dei redditi presentata o, in mancanza di obbligo di presentazione della dichiarazione dei redditi, dall'ultimo certificato sostitutivo rilasciato dai datori di lavoro o da enti previdenziali.

4.4. Deroche in presenza di particolari situazioni di disagio socio-economico

In situazioni di particolare disagio socio-economico che non trovino piena traduzione nella procedura di determinazione del livello di concorso al valore economico del pacchetto di cui al presente regolamento, l'utente può presentare al SIAST competente un'apposita istanza per l'ottenimento di una maggiore agevolazione. In caso di parere positivo da parte del SIAST, motivato in un'apposita relazione dettagliata, la richiesta viene esaminata ed eventualmente autorizzata, da parte di un'apposita Commissione, istituita e disciplinata con apposita Delibera della Giunta Esecutiva della Società della Salute.

5. LISTA D'ATTESA

In caso di temporanea indisponibilità di risorse o di disponibilità finanziaria per una o più prestazioni componenti il pacchetto, l'utente viene posto in lista d'attesa per l'attivazione effettiva delle singole prestazioni non disponibili, secondo una graduatoria determinata in base ai seguenti criteri:

1. Per le prestazioni Contributo per assistenti familiari e Contributo di sostegno alle cure familiari la posizione in lista d'attesa è determinata dal punteggio derivante dalla somma dei punteggi riferiti ai seguenti indicatori:

A) Livello di Isogravit :

- Isogravit  5: punti 20
- Isogravit  4: punti 15
- Isogravit  3: punti 10

B) Livello di IACA: il punteggio   determinato sottraendo a 40 il valore dello IACA

C) Permanenza temporale in lista di attesa: punti 1 ogni 30 giorni dalla data di definizione del PAP da parte dell'UVM.

In caso di parit , la posizione in graduatoria   determinata secondo l'ordine cronologico di definizione del PAP da parte dell'UVM. In caso di ulteriore parit  hanno la precedenza le persone pi  anziane d'et .

2. Per le altre prestazioni, la posizione in lista d'attesa   determinata dall'ordine cronologico di definizione del PAP. Tale data coincide con quella di definizione del PAP da parte dell'UVM, in caso di anziani non autosufficienti, o con la data di autorizzazione dal parte del Responsabile SIAST negli altri casi. A parit  di data, hanno la precedenza le persone pi  anziane d'et . Gli interventi destinati ad anziani di et  pari o superiore a 65 anni non autosufficienti con livello di isogravit  pari almeno a 3 o a persone di et  inferiore a 65 anni in condizione di handicap grave ai sensi della legge n. 104/92 hanno carattere di priorit  nella lista d'attesa. Hanno precedenza rispetto alla lista d'attesa definita con le modalit  di cui al presente punto i casi di urgenza proposti, con adeguata e circostanziata motivazione ricavabile da apposita relazione dell'Assistente Sociale, dal SIAST o, in caso di non autosufficienza, dall'UVM ed autorizzati nel primo caso dal Direttore dei Servizi Sociali del Comune e nel secondo dal Direttore della Societ  della Salute.

Nell'ambito delle liste definite con le suddette modalit , assumono carattere di maggiore priorit  gli interventi destinati a persone gi  titolari di un PAP con ricovero non temporaneo in struttura residenziale di tipo assistenziale, con prestazione gi  attiva o inseriti in lista d'attesa, per le quali viene definito un nuovo PAP con l'obiettivo del rientro o della permanenza a domicilio contenente prestazioni di cui al presente regolamento.

Le prestazioni che prevedono una ripartizione territoriale delle risorse hanno una lista d'attesa per ogni area territoriale interessata.

6. DURATA DELLE PRESTAZIONI E DEL LIVELLO DI CONCORSO E MOTIVI DI CESSAZIONE O SOSPENSIONE

Le prestazioni previste dai PAP decorrono dalla data in cui vengono effettivamente erogate e hanno durata non eccedente la scadenza del PAP, se stabilita. Il livello di concorso dell'utente alla copertura del valore economico del pacchetto di prestazioni deve essere rideterminato, secondo le modalit  indicate al precedente paragrafo 4:

- in presenza di un nuovo PAP e di un conseguente pacchetto contenente prestazioni diverse o variazioni nella quantit  delle prestazioni gi  previste dal PAP precedente tali da determinare potenzialmente una possibile variazione del livello di concorso;
- in caso di variazione dei beneficiari di prestazioni di cui al presente regolamento appartenenti allo stesso nucleo familiare, secondo le modalit  previste al paragrafo 4.3;
- ogni anno, entro il 31 dicembre, con decorrenza 1 gennaio dell'anno successivo.

Il livello di concorso dell'utente alla copertura del valore economico del pacchetto di prestazioni pu  inoltre essere rideterminato in qualsiasi momento dietro istanza dell'utente stesso.

La rideterminazione del livello di concorso avviene a seguito di apposita istanza da parte dall'utente o da chi ne esercita la tutela giuridica, basata su un ISEE riferito all'ultima dichiarazione

dei redditi presentata o, in mancanza di obbligo di presentazione della dichiarazione dei redditi, all'ultimo certificato sostitutivo rilasciato dai datori di lavoro o da enti previdenziali.

Qualora l'istanza di determinazione del livello di concorso o quella di rideterminazione dello stesso riferita alla scadenza annuale sia effettuata dall'utente dopo, rispettivamente, l'avvio della prestazione o i termini annuali su indicati, per il periodo intercorrente si applica, in assenza di adeguate motivazioni, il livello massimo di concorso. In tal caso, qualora il pacchetto contenga anche interventi di carattere economico, gli stessi vengono conseguentemente prima sospesi e successivamente cessati secondo i criteri stabiliti nella successiva tabella 1.

Tutte le prestazioni di cui al presente regolamento vengono cessate o non attivate nei seguenti casi:

- decesso dell'utente;
- ricovero definitivo dell'utente in strutture residenziali (Residenze Sanitarie Assistenziali, Residenze Assistite o altre strutture assimilabili);
- mancato rispetto dei vincoli posti dal presente regolamento;
- trasferimento di residenza dell'utente in altro Comune;
- modifica del PAP in conseguenza di un eventuale mutamento della condizione di bisogno sociosanitario dell'utente, a partire dal momento di effettiva erogazione delle nuove prestazioni;
- cessazione del PAP a seguito di apposita valutazione in merito da parte dei servizi competenti.

Le prestazioni possono essere cessate anche in caso di persistente morosità nei pagamenti degli importi previsti per il concorso al valore economico del pacchetto e fatte le dovute valutazioni rispetto alle condizioni sociosanitarie e familiari.

Le prestazioni possono essere inoltre cessate o sospese nei seguenti casi:

Tabella 1

Prestazione	Ulteriori cause di cessazione	Cause di sospensione
<i>Servizio di Assistenza Domiciliare</i>	- Assenza dell'utente superiore a 60 giorni consecutivi per motivi diversi da ricovero ospedaliero, ricovero temporaneo in strutture residenziali o attivazione di percorsi di riabilitazione o cure intermedie o altri adeguati motivi d'assenza.	- Assenza dell'utente.
<i>Assistenza Domiciliare Indiretta</i>	- Assenza dell'utente superiore a 60 giorni consecutivi per motivi diversi da ricovero ospedaliero, ricovero temporaneo in strutture residenziali o attivazione di percorsi di riabilitazione o cure intermedie o altri adeguati motivi d'assenza. - Assenza di un regolare contratto di lavoro con persone terze che svolgono funzioni assistenziali o di collaborazione domestica o di un contratto d'acquisto di servizi analoghi da organizzazioni o imprese oltre i termini di sospensione previsti. - Mancata presentazione dell'istanza di rideterminazione del livello di concorso alla copertura del valore economico del pacchetto per un periodo che oltrepassa i termini di	- Assenza dell'utente superiore a 15 giorni consecutivi. Per le assenze che riguardano solo una parte del mese il contributo viene ridotto in proporzione. - Interruzione superiore a un mese della presenza, tramite regolare contratto di lavoro o acquisto servizi, di persone terze che svolgono funzioni assistenziali o di collaborazione domestica. La sospensione dura fino al momento del rientro dell'assistente o il subentro di un nuovo contratto, condizione che deve realizzarsi entro un massimo di ulteriori due mesi, trascorsi i quali, se la condizione persiste, la prestazione viene cessata. - Mancata presentazione dell'istanza di determinazione del livello di concorso

	sospensione.	alla copertura del valore economico del pacchetto precedentemente all'avvio della prestazione o mancata presentazione entro i termini previsti dell'istanza di rideterminazione annuale del livello di concorso stesso. La sospensione dura al massimo due mesi, oltre i quali la prestazione viene cessata.
<i>Contributo per Assistenti Familiari</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Assenza di un regolare contratto di lavoro con un Assistente Familiare o di acquisto di servizi analoghi da organizzazioni o imprese oltre i termini di sospensione previsti. - Verificata inadempienza rispetto agli oneri previdenziali e assicurativi, qualora non sanata entro 60 giorni dalla verifica. - Mancata presentazione dell'istanza di rideterminazione del livello di concorso alla copertura del valore economico del pacchetto per un periodo che oltrepassa i termini di sospensione. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ricovero ospedaliero o nell'ambito di percorsi di riabilitazione o cure intermedie, ricovero temporaneo in strutture residenziali, o altri adeguati motivi d'assenza, per periodi superiori a 30 giorni consecutivi e limitatamente al periodo eccedente i 30 giorni stessi. Per le mensilità coperte solo in parte dal ricovero o altri adeguati motivi d'assenza, il contributo mensile viene ridotto in proporzione. - Interruzione superiore a un mese della presenza, tramite regolare contratto di lavoro o acquisto servizi, di un Assistente Familiare. La sospensione dura fino al momento del rientro dell'Assistente Familiare o il subentro di un nuovo contratto, condizione che deve realizzarsi entro un massimo di ulteriori due mesi, trascorsi i quali, se la condizione persiste, la prestazione viene cessata. - Mancata presentazione dell'istanza di determinazione del livello di concorso alla copertura del valore economico del pacchetto precedentemente all'avvio della prestazione o mancata presentazione entro i termini previsti dell'istanza di rideterminazione annuale del livello di concorso stesso. La sospensione dura al massimo due mesi, oltre i quali la prestazione viene cessata.
<i>Sostegno alle cure familiari</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Presenza di figure assistenziali retribuite in assenza di regolari contratti di lavoro o di acquisto servizi. - Mancata presentazione dell'istanza di rideterminazione del livello di concorso alla copertura del valore economico del pacchetto per un 	<ul style="list-style-type: none"> - Ricovero ospedaliero o nell'ambito di percorsi di riabilitazione o cure intermedie, ricovero temporaneo in strutture residenziali o altri adeguati motivi d'assenza, per periodi superiori a 30 giorni consecutivi e limitatamente al periodo eccedente i 30 giorni stessi. Per le mensilità

	periodo che oltrepassa i termini di sospensione.	coperte solo in parte dal ricovero o altri adeguati motivi d'assenza, il contributo viene ridotto in proporzione. - Mancata presentazione dell'istanza di determinazione del livello di concorso alla copertura del valore economico del pacchetto precedentemente all'avvio della prestazione o mancata presentazione entro i termini previsti dell'istanza di rideterminazione annuale del livello di concorso stesso. La sospensione dura al massimo due mesi, oltre i quali la prestazione viene cessata.
<i>Centri Diurni</i>	- Assenza dell'utente superiore a 60 giorni consecutivi per motivi diversi da ricovero ospedaliero, ricovero temporaneo in strutture residenziali o attivazione di percorsi di riabilitazione o cure intermedie o altri adeguati motivi.	- Le regole relative alla sospensione della prestazione con conservazione del posto sono stabilite nelle convenzioni con le strutture e nei regolamenti interni per la gestione delle strutture comunali.
<i>Pasti a domicilio</i>	- Assenza dell'utente superiore a 60 giorni consecutivi per motivi diversi da ricovero ospedaliero, ricovero temporaneo in strutture residenziali o attivazione di percorsi di riabilitazione o cure intermedie o altri adeguati motivi.	- Assenza dell'utente
<i>Pedicure a domicilio</i>	- Assenza dell'utente superiore a 60 giorni consecutivi per motivi diversi da ricovero ospedaliero, ricovero temporaneo in strutture residenziali o attivazione di percorsi di riabilitazione o cure intermedie o altri adeguati motivi.	- Assenza dell'utente
<i>Telesoccorso e teleassistenza (limitatamente all'eventuale abbattimento del canone determinato a seguito di quanto previsto al paragrafo 4)</i>	- Assenza dell'utente superiore a 60 giorni consecutivi per motivi diversi da ricovero ospedaliero, ricovero temporaneo in strutture residenziali o attivazione di percorsi di riabilitazione o cure intermedie o altri adeguati motivi.	- Assenza dell'utente

Ai fini di quanto sopra stabilito, la condizione di temporaneità del ricovero in struttura residenziale è tale se indicata come tale nell'ambito del PAP.

7. VERIFICHE E CONTROLLI

Per verificare professionalmente l'attuazione e l'efficacia del percorso assistenziale i servizi territoriali competenti effettuano il monitoraggio e il controllo dei pacchetti attivati, anche in relazione alla persistenza delle condizioni che hanno determinato il PAP.

In caso di contributo per assistenza domiciliare indiretta, per assistenti familiari o per sostegno alle cure familiari, la concessione e la prosecuzione della prestazione è condizionata dalla sussistenza di un'adeguata copertura assistenziale delle necessità della persona interessata, che dovrà anche essere verificata da parte dei servizi territoriali competenti.

Inoltre, l'Amministrazione provvede all'effettuazione di controlli, anche a campione, sulla veridicità delle Dichiarazioni Sostitutive Uniche presentate per il calcolo dell'ISEE e delle altre dichiarazioni presentate per l'accesso alle prestazioni e la determinazione del concorso alla copertura del loro valore economico, secondo quanto previsto dalla normativa vigente e per gli effetti dalla stessa stabiliti.

L'Amministrazione si riserva infine di effettuare controlli in merito al rispetto di quant'altro previsto dal presente regolamento.

8. RINVIO

Per quanto non disciplinato nell'ambito del presente regolamento si fa riferimento alla normativa e agli atti di indirizzo e programmazione nazionali e regionali in vigore, nonché ad eventuali altri atti in materia del Comune e della Società della Salute di Firenze.

9. NORMA TRANSITORIA

Nelle more del completamento della fase di transizione per l'adozione delle nuove procedure di valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno della persona anziana non autosufficiente approvate Decreto dirigenziale regionale n. 1354/2010, la condizione di non autosufficienza verificata con le modalità di cui alla Delibera di Consiglio Regionale n. 214/1991 va intesa, ai fini del presente regolamento, come equivalente alla condizione di non autosufficienza con livello di isogravità pari almeno a 3.

Per gli utenti già titolari alla data di entrata in vigore del presente regolamento di un PAP con contributo per servizi di assistenza familiare di cui al Regolamento approvato con Delibera della Giunta della Società della Salute n. 8/2006 e successive modifiche e integrazioni, il contributo stesso è da considerare riconvertito, fino a nuova valutazione da parte dell'UVM, nelle analoghe prestazioni previste dal presente regolamento, secondo la seguente tabella:

PRECEDENTE TIPOLOGIA	RICONVERSIONE
Tipologia A1 - contributo per servizi di assistenza familiare A1 (alta intensità assistenziale)	Contributo per assistenti familiari – tipologia A
Tipologia A2 - contributo per servizi di assistenza familiare (media intensità assistenziale)	Contributo per assistenti familiari – tipologia B
Tipologia B - Assegno d'assistenza	Contributo di sostegno alle cure familiari, secondo il massimale di contribuzione indicato allo scopo nel relativo atto della Giunta Esecutiva della SdS

Le persone che alla data del 30 giugno 2011 risultano beneficiarie del contributo per assistenti familiari o del contributo di sostegno alle cure familiari o inserite nelle relative liste d'attesa e che non siano già state valutate secondo le procedure previste dal Decreto dirigenziale regionale n. 1354/2010 devono essere rivalutate da parte dell'UVM con formulazione di un nuovo PAP.

Per le persone con il contributo già in erogazione alla suddetta data, il contributo prosegue fino alla mensilità di dicembre dell'anno 2011, eventualmente ricalcolato nel suo importo in base al livello di isogravità riconosciuto, utilizzando allo scopo le dichiarazioni già rilasciate ai fini del rinnovo per l'anno 2011 e fermi restando come riferimento i valori economici vigenti alla data del rinnovo stesso. A tal scopo, i contributi in favore delle persone con isogravità inferiore a 3 vengono ricondotti in via straordinaria e fino a dicembre 2011 alla tipologia C (isogravità 3).

In riferimento alle persone in lista d'attesa alla suddetta data, qualora il PAP riformulato riconfermi il contributo già previsto nel precedente PAP, queste vengono riordinate nell'ambito della lista stessa secondo i criteri d'ordinamento stabiliti al paragrafo 5. A tal scopo, ai fini della determinazione del sottopunteggio riferito al tempo di permanenza in lista d'attesa si considera la data di inserimento nella precedente lista.

I contributi per assistenti familiari o di sostegno alle cure familiari che dovessero essere previsti in PAP definiti dall'UVM successivamente alla data del 30 giugno 2011 o già in precedenza secondo le procedure di cui al Decreto dirigenziale regionale n. 1354/2010 sono posti nelle relative liste d'attesa senza acquisire una posizione definita fino al momento di avvio della gestione delle liste stesse, conseguente all'avvenuta rivalutazione da parte dell'UVM, ai sensi del comma 3, di tutte le situazioni d'urgenza inserite nelle liste preesistenti definite con i criteri previsti dal precedente regolamento approvato con Delibera dell'Assemblea dei Soci n. 19/2010. Tali situazioni d'urgenza confluiscono nelle nuove liste limitatamente a quelle in possesso dei requisiti d'accesso vigenti al momento della rivalutazione e hanno la precedenza nell'attivazione delle relative prestazioni, fatto salvo quanto previsto al comma 2 del precedente paragrafo 5 (Liste d'attesa).