

Det. dell'Uff.Serv.Soc.
N. 03 dell'11/01/2013



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

Ufficio
Ragioneria
Segretario Com.le
Albo
Segretaria

DETERMINA REGISTRO GENERALE N° 34 DEL 15/01/2013

OGGETTO:Attivazione procedura per l'erogazione di servizi assistenziali agli anziani sotto forma di voucher. Periodo dal 01/02/2013 al 31/01/2014.

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;

Vista la determina del Dirigente Coordinatore n. 125 del 30/11/2012 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. 122 del 31/12/2012, 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. 469 del 09/05/2011 (n. int. 686/2011), avente per oggetto: "Approvazione graduatoria definitiva Servizio "ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI. ANNO 2011";

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 01.02.2013 – 31.01.2014, 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 6 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. 122 del 31/12/2012, è stato assunto impegno di spesa di € 59.305,44, iva inclusa al 4%;

Considerato che per l'anno 2014 l'IVA per le istituzioni socio assistenziali risulta maggiorata al 10%, per cui si ritiene necessario integrare l'impegno per l'anno 2014 di € 560,23;

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.


Demandare al Responsabile dell'Area Economica-finanziaria la previsione di spesa di € 560,23 al cod. 1.10.04.03/4 relativa all'integrazione di cui in premessa

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)



Il Responsabile dell'Area Amministrativa
(D.ssa Santa Di Bella)





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 _____, usufruirà 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
