



CITTÀ DI FIUMICINO
(Provincia di Roma)

REGOLAMENTO
PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO
DI ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA
E PER L'EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO DI SOLLIEVO

Approvato con deliberazione del Consiglio comunale n. 6 del 7 gennaio 2015

Indice

Articolo 1 Oggetto.....	3
Articolo 2 Definizioni.....	3
Articolo 3 Finalità.....	4
Articolo 4 Destinatari	4
Articolo 5 Requisiti e condizioni di accesso	5
Articolo 6 Commissione di valutazione domande.....	5
Articolo 7 Unità Valutativa Multidisciplinare (UVM).....	6
Articolo 8 Scheda per la Valutazione Multidimensionale Disabili (S.VA.M.Di.).....	6
Articolo 9 Definizione dei livelli di intensità assistenziale	7
Articolo 10 Determinazione dei livelli di intensità assistenziale.....	7
Articolo 11 Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.)	8
Articolo 12 Quantificazione economica del S.A.D.I.....	8
Articolo 13 Contributo di sollievo.....	9
Articolo 14 Quantificazione economica del Contributo di Sollievo	9
Articolo 15 Monitoraggio.....	9
Articolo 16 Procedure di erogazione dei contributi.....	10
Articolo 17 Rendicontazione del S.A.D.I. e del Contributo di Sollievo.....	10
Articolo 18 Cessazione e revoca del servizio.....	10
Articolo 19 Disposizioni per chi usufruisce di altri servizi	11
Articolo 20 Disposizioni transitorie	11
Allegato A	12
Allegato B.....	31
Allegato C.....	36
Allegato D	38
Allegato E.....	44
Allegato F	49

Articolo 1

Oggetto

1. Il presente Regolamento, di seguito indicato “Regolamento”, disciplina il “Servizio di Assistenza Domiciliare Indiretta”, di seguito indicato “S.A.D.I.”, e l’erogazione del “Contributo di Sollievo”, entrambi rivolti ai cittadini residenti nel Comune di Fiumicino, di seguito indicato “Comune”.
2. Il servizio, in entrambe le forme previste dal Regolamento (comma 1 e comma 2 dell’art. 2), è erogato solo in presenza di necessari fondi di bilancio, comunali o trasferiti da altri enti, e comunque nei limiti dei predetti fondi.
3. Il S.A.D.I. è un’assistenza personale autogestita che permette di vivere a casa propria, di organizzare la propria vita e consente alle famiglie di essere più libere da obblighi assistenziali, riconoscendo la persona con disabilità quale soggetto protagonista della propria vita e non oggetto di cura. In tal senso, il servizio deve essere personalizzato ed organizzato dalla persona stessa in base alle sue specifiche esigenze. Il reperimento dei propri assistenti personali è elemento fondamentale. La persona con disabilità sceglie l’assistente ne concorda direttamente mansioni, orari e retribuzioni.

Articolo 2

Definizioni

1. Ai fini del presente Regolamento, si intende per:
 - a) “*Assistenza Domiciliare Indiretta*”: un intervento di aiuto personale finalizzato a favorire la vita indipendente delle persone in condizioni di disabilità permanente e grave limitazione dell’autonomia personale. È realizzata attraverso un progetto di aiuto alla persona eseguito da personale scelto direttamente dagli assistiti attraverso l’instaurazione di un rapporto di lavoro a norma dei CCNL di categoria vigenti, con verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia.
 - b) “*Contributo di Sollievo*”: un sostegno economico destinato alle persone in situazione di disabilità gravissima che può essere erogato direttamente alla persona disabile, alla sua famiglia o ad altre persone che assistono il disabile. Con tale contributo si intende sostenere la scelta della persona non autosufficiente di continuare a vivere nel proprio domicilio e supportare la famiglia nel carico assistenziale e di cura della persona non autonoma. Il contributo di sollievo, pertanto, è alternativo all’inserimento in una struttura residenziale.
 - c) “*Autosufficienza*”: la capacità di svolgere da soli le normali attività relative alla cura e al mantenimento del proprio corpo e agli interventi nella sfera motoria, essere in possesso di abilità per l’alimentazione, l’igiene della persona e dell’ambiente di vita, la mobilità, ecc.
 - d) “*Non Autosufficienza*”: incapacità di svolgere da soli le normali attività relative alla cura e al mantenimento del proprio corpo e agli interventi nella sfera motoria e quindi necessità di interventi di aiuto per compensare deficit di natura organica e/o motoria.
 - e) “*Autonomia*”: un processo di apprendimento e di crescita che sviluppa capacità di autodeterminazione per la propria esistenza, attraverso la rappresentazione e la costruzione di un personale progetto di vita, con chiara identità personale percepita. La condizione di autodeterminazione permette alla persona disabile di autogestire autonomamente il progetto di vita indipendente (dotarsi di obiettivi, fare alcune scelte, prendere iniziative, stabilire e sviluppare relazioni sociali).
 - f) “*Non Autonomia*”: carenza di un processo di apprendimento e di crescita e dunque incapacità di autodeterminazione per la propria esistenza. Assenza di una rappresentazione e costruzione di un personale progetto di vita, con chiara identità personale percepita. Incapacità di autogestire autonomamente il progetto di vita indipendente.
 - g) “*Bisogno Assistenziale*”: necessità di essere aiutati nelle funzioni strumentali ed essenziali

della vita (a titolo di esempio non esaustivo: lavarsi, vestirsi, svestirsi, camminare, mangiare, comunicare, orientarsi in modo adeguato nello spazio domestico ed esterno ecc.).

- h) *“Livello di Intensità Assistenziale”*: rappresenta la quantificazione qualitativa e quantitativa della potenziale risposta, in termini di assistenza, ai bisogni rilevati, a seguito della presentazione di apposita domanda da parte dei cittadini. Il livello di intensità si rileva dall’analisi comparata delle seguenti dimensioni: a) condizione personale, b) condizione familiare, c) condizione economica, d) condizione abitativa, e) partecipazioni ad attività, f) valutazione sanitaria, g) valutazione funzionale.

Articolo 3

Finalità

1. Il **S.A.D.I.** è un servizio di aiuto alla persona gestito in forma indiretta mediante i Piani di Assistenza Individuale (P.A.I.). Tale forma di assistenza è volta a superare gli stati di non autosufficienza, relativi a situazioni personali che impediscono lo svolgimento di una o più funzioni essenziali della vita allo scopo di garantire il diritto ad una vita indipendente alle persone con disabilità permanente e grave limitazione personale nello svolgimento di una o più funzioni essenziali della vita, non superabile mediante ausili tecnici o altre forme di sostegno, al fine di facilitare l’autosufficienza, il livello di vita indipendente ed il miglioramento della qualità della vita (Legge 104 del 1992, articolo 39, comma 2, lettera *l.ter*).
2. Il **Contributo di Sollievo** è un intervento consistente nell’erogazione di una somma di denaro, finalizzato a rafforzare la permanenza delle persone fragili nel rispettivo ambiente familiare e sociale, attraverso la valorizzazione delle risorse familiari. Si pone quale riconoscimento del lavoro di cura ed assistenza svolto dalle famiglie o da altri caregivers, limitando così il ricorso alle strutture residenziali.

Articolo 4

Destinatari

1. I destinatari del **S.A.D.I.** sono:
 - a) I soggetti con disabilità in grado di autodeterminare la propria volontà e in possesso della certificazione di cui alla legge 104/92.
I destinatari del P.A.I. devono essere in una situazione complessivamente caratterizzata da grave handicap sul versante della non autosufficienza e da una discreta capacità di autonomia.
2. I destinatari del **Contributo di Sollievo** sono:
 - b) i soggetti non dotati di autonomia e non in grado di autodeterminarsi, in condizione di disabilità gravissima e di dipendenza vitale da apparecchiature elettromedicali che necessitano a domicilio di assistenza continua nelle 24 ore per:
 - gravi patologie cronico degenerative non reversibili;
 - gravissime disabilità psichiche multi patologiche;
 - gravi cerebrolesioni;
 - stati vegetativi;
 - gravi patologie associate a dipendenza vitale da apparecchiature elettromedicali (es. ventilatori, ecc.).

Tali soggetti, inoltre, devono essere in possesso della certificazione di gravità, ai sensi dell’articolo 3, comma 3, della legge 104/92, con invalidità al 100% e indennità di accompagnamento.

I destinatari del “Contributo di Sollievo” devono essere in una situazione complessivamente caratterizzata da gravissimo handicap sul versante della non autosufficienza e da una condizione di non autonomia.

3. Sono esclusi dal servizio di cui ai commi 1 e 2 tutti coloro che presentino esclusivamente

patologie psichiatriche e/o disturbi psicologici, o la cui disabilità derivi da patologie strettamente connesse al naturale processo di invecchiamento o da gravi fragilità sanitarie, quali – unicamente a titolo esemplificativo – malattie cardiovascolari, malattie oncologiche, ecc.

Articolo 5

Requisiti e condizioni di accesso

1. La domanda per l'accesso ai Servizi disciplinati dal presente Regolamento va presentata al Comune di Fiumicino, Servizi Sociali, utilizzando l'apposito modulo. La domanda può essere presentata in qualsiasi momento dell'anno.
2. La richiesta va corredata dai seguenti documenti:
 - a) possesso della certificazione ai sensi della legge 104/92 e verbale di Invalidità civile;
 - b) presentazione del modello ISEE del nucleo familiare;
 - c) dichiarazione d'impegno a stipulare un regolare contratto di lavoro tra l'utente/datore di lavoro ed il prestatore dell'assistenza (relativamente al comma 1 dell'art. 2 del Regolamento).
3. Sono soggetti titolati a presentare la domanda:
 - a) la persona interessata o legale rappresentante (tutore, curatore, amministratore di sostegno ai sensi della Legge 6/2004);
 - b) un familiare, anche non convivente, della persona interessata;
 - c) una persona, preferibilmente convivente, di cui il servizio sociale accerti che provvede effettivamente a garantire adeguata assistenza alla persona non autosufficiente.
4. Il modulo di domanda, comprensivo dell'informativa al trattamento dei dati personali, è riportato nell'Allegato E del presente Regolamento.
5. Al modulo è altresì aggiunta la "delega alla riscossione" qualora il contributo economico debba essere riscosso da un'altra persona. Nel caso di curatela, tutela o amministrazione di sostegno è richiesta la presentazione del decreto di volontaria giurisdizione.
6. La domanda, la contestuale autorizzazione al trattamento dei dati personali, e il servizio stesso – qualora attribuito – restano validi sino a quando:
 - a) la persona che l'ha presentata, o la persona nel cui interesse è stata presentata, chiede di ritirare la domanda;
 - b) la persona non autosufficiente si trasferisce in altro Comune, è deceduta o è inserita in struttura residenziale.

Articolo 6

Commissione di valutazione domande

1. L'istruttoria delle domande verrà eseguita da una Commissione composta dal Dirigente dei Servizi Sociali del Comune di Fiumicino, da un'Assistente sociale del Comune di Fiumicino e da un Medico della ASL.
2. A seguito dell'esito positivo dell'istruttoria, la Commissione provvederà a trasmettere la domanda all'Unità Valutativa Multidisciplinare (UVM) che procederà ad effettuare una visita domiciliare, durante la quale compilerà la scheda S.V.A.M.DI. (allegato A) per la quantificazione delle ore di assistenza, ovvero una Scheda di Valutazione per il Contributo di sollievo (Allegato B).
3. In caso di compilazione della S.V.A.M.DI. la Commissione procederà alla compilazione della scheda di rilevazione dei Bisogni Assistenziali (Allegato C) e alla redazione del Piano Individuale di Assistenza P.A.I. (Allegato D).
4. In caso di compilazione della Scheda di Valutazione per il Contributo di sollievo l'utente dovrà sottoscrivere, con l'Amministrazione, un Atto d'Impegno (Allegato F) con il quale si obbliga all'uso delle somme per le finalità previste dal presente Regolamento.

5. Le domande per le quali è stato redatto il P.A.I., ovvero una Scheda di Valutazione per il Contributo di Solievo, saranno inserite dalla Commissione di cui al comma 1 in una graduatoria che sarà aggiornata due volte l'anno: entro il 31 maggio ed entro il 30 novembre, tenendo conto rispettivamente delle domande pervenute entro il 30 novembre dell'anno precedente ed entro il 31 maggio dell'anno in corso.

Articolo 7

Unità Valutativa Multidisciplinare (UVM)

1. L'U.V.M. (Unità Valutativa Multidisciplinare) è una équipe operativa per la valutazione di bisogni sociosanitari di tipo complesso (compresenza del bisogno sanitario e sociale) finalizzato all'individuazione, nell'ambito delle risorse disponibili, degli interventi che meglio rispondono alle effettive esigenze della persona.
2. Lo scopo della valutazione multidimensionale è quello di conseguire un giudizio globale sullo stato funzionale della persona, prendendo in considerazione, oltre l'eventuale patologia acuta e cronica, le condizioni di disabilità che condizionano l'attività della vita quotidiana, la rete delle relazioni sociali del soggetto e le sue risorse economiche.
3. L'U.V.M. è composta dalle seguenti figure professionali:
 - Assistente Sociale dei Servizi Sociali del Comune;
 - Assistente Sociale della ASL;
 - Medico della ASL.
4. Con provvedimento del Dirigente dei Servizi Sociali del Comune di Fiumicino, l'U.V.M. potrà essere integrata da ulteriori figure professionali sulla base di specifiche esigenze che la stessa e/o il Dirigente del Comune riterranno necessarie.

Articolo 8

Scheda per la Valutazione Multidimensionale Disabili (S.VA.M.Di.)¹

1. L'U.V.M. in occasione della visita domiciliare procederà alla compilazione della scheda S.VA.M.Di., la quale consente di analizzare tutti gli aspetti della vita di un soggetto: salute, autosufficienza, rapporti sociali, situazione economica. La sua multidimensionalità impone di valutare ciascuna dimensione in modo integrato alle altre. Attraverso la predetta scheda l'U.V.M. avrà un quadro di riferimento assolutamente imparziale e completo per valutare lo stato qualitativo di vita delle persone.
2. La scheda S.VA.M.Di. si compone delle seguenti dimensioni: 1) condizione personale; 2) condizione familiare; 3) situazione economica; 4) condizione abitativa; 5) partecipazione ad attività; 6) valutazione sanitaria; 7) valutazione funzionale.
3. Attraverso la scheda S.VA.M.Di., l'unità valutativa multidisciplinare:
 - individua il livello di gravità del bisogno;
 - definisce il profilo assistenziale;
 - quantifica le ore di assistenza.
4. Contestualmente alla compilazione della S.VA.M.Di., l'unità valutativa multidisciplinare procederà ad effettuare l'analisi e valutazione dei «bisogni assistenziali», che riguardano i seguenti ambiti: cura della persona, cura dell'ambiente, attività extramurarie, attività socializzanti/mobilità. A tal fine utilizzerà la Scheda di Rilevazione dei Bisogni Assistenziali (allegato C).
5. L'U.V.M. attraverso la scheda S.VA.M.Di. potrà rilevare il «livello d'intensità assistenziale», che rappresenta la sintesi qualitativa e quantitativa della potenziale risposta assistenziale ai bisogni tratti nella fase di valutazione.

¹ La scheda supporta il lavoro dell'U.M.V. nell'analisi di tutti gli elementi necessari a delineare un quadro approfondito delle condizioni personali del cittadino, relative allo stato di salute (livello di autonomia, autosufficienza, capacità relazionali), alle condizioni economiche e alloggiative, alla rete familiare e sociale.

6. I tre livelli di intensità assistenziale (A, B, C) sono determinati all'interno di un range, espresso da un minimo ad un massimo in punti, per intensità di bisogno. Ai livelli d'intensità assistenziale, espressi in punti, corrispondono un numero di ore.
7. Tale budget di ore si articolerà nel *Piano di Assistenza Individuale (P.A.I.)* al fine di rispondere alla tipologia degli interventi richiesti dall'utente.

Articolo 9

Definizione dei livelli di intensità assistenziale

1. Il livello di intensità assistenziale viene rilevato, esclusivamente per il S.A.D.I., dall'UMV attraverso la compilazione della S.V.A.M.Di.. Si individuano tre livelli d'intensità, di seguito definiti:

Livello A

- 1) Persone con disabilità che limita parzialmente l'autosufficienza nella gestione degli atti della vita quotidiana;

che:

- hanno familiari in grado di recare supporto;
- sono inserite in attività socio-riabilitative, formative e lavorative;
- usufruiscono di interventi continuativi da parte di reti di sostegno a qualsiasi titolo attivate;

Livello B

- 2) Persone con disabilità plurima (motoria e intellettiva) con gravi problemi di non autonomia e non autosufficienza;

- 3) Persone con gravi problemi di non autosufficienza non superabili con ausili tecnici e protesici;

che:

- hanno familiari in grado di recare supporto;
- sono inserite in attività socio-riabilitative, formative e lavorative;
- usufruiscono di interventi continuativi da parte di reti di sostegno a qualsiasi titolo attivate;

Livello C

- 4) Persone con disabilità plurima (motoria e intellettiva) con gravi problemi di non autonomia e non autosufficienza;

- 5) Persone con gravi problemi di non autosufficienza non superabili con ausili tecnici e protesici;

che:

- non hanno familiari in grado di recare supporto;
- hanno familiari impossibilitati a prestare assistenza, a causa di impegni esterni finalizzati alla sussistenza del nucleo;
- non sono inserite in attività socio-riabilitative, formative e lavorative;
- non usufruiscono di interventi continuativi da parte di reti di sostegno a qualsiasi titolo attivate;
- con familiari in grado di recare supporto, ma che non sono inserite in attività socio riabilitative, formative e lavorative;
- sono inserite in attività socio riabilitative, formative e lavorative, ma non hanno familiari in grado di recare supporto.

Articolo 10

Determinazione dei livelli di intensità assistenziale

1. Il contributo economico, riferito al S.A.D.I., è quantificato in relazione al livello di intensità assistenziale (A, B, C), per un massimo di 40 ore settimanali ed erogato trimestralmente dal Comune. La distribuzione delle ore settimanali, sulla base dei livelli d'intensità, si articola come indicato nelle seguenti tabelle:

Tabella 1

LIVELLO A	
punti	max ore
da 20 a 25	10
da 26 a 30	13
da 31 a 35	16

Tabella 2

LIVELLO B	
punti	max ore
da 36 a 45	20
da 46 a 55	25
da 56 a 65	30

Tabella 3

LIVELLO C	
punti	max ore
da 66 a 75	33
da 76 a 89	36
da 90 a 100	40

Articolo 11

Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.)

1. Il Piano Assistenziale Individuale (allegato D) è lo strumento attraverso il quale, sulla base della rilevazione dei bisogni e dei livelli di intensità assistenziale, si costruisce il progetto di vita indipendente.
2. Gli obiettivi che si propone di raggiungere il P.A.I. sono:
 - a) sviluppare l'autodeterminazione e il miglioramento della qualità della vita delle persone con disabilità;
 - b) promuovere la personalizzazione degli interventi;
 - c) garantire la permanenza nella propria casa e nel complesso delle relazioni sociali delle persone con disabilità;
 - d) supportare la famiglia con persone con disabilità nella gestione delle attività quotidiane;
 - e) evitare sovrapposizione di interventi economici con le medesime finalità;
 - f) favorire la vita autonoma della persona con disabilità nella propria abitazione.
3. Nella definizione del PAI l'utente firmerà un "Atto di impegno" con l'Amministrazione sulle modalità di attuazione dell'intervento.

Articolo 12

Quantificazione economica del S.A.D.I.

1. Il contributo economico riferito al S.A.D.I., con riferimento alla determinazione delle ore settimanali previste dai livelli d'intensità indicati dall'articolo 10 del presente regolamento, sarà quantificato sulla base del costo orario definito con apposita deliberazione della Giunta comunale. L'Utente, per usufruire del servizio, sarà tenuto ad una eventuale compartecipazione al costo orario sulla base delle fasce ISEE indicate nella tabella 4 che segue. Gli utenti che rientrano nella fascia ISEE n. 1 saranno esentati da qualsiasi contributo ed il costo orario sarà totalmente a carico del Comune. Per la fascia ISEE n. 6 il costo orario sarà totalmente a carico

dell'utente. Per le fasce ISEE intermedie l'utente sarà tenuto a partecipare alla spesa del costo orario nella percentuale ivi indicata:

Tabella 4

Fasce	Da	A	% compartecipazione al costo del servizio
1	€ 0,00	€ 16.000,00	ESENTE
2	€ 16.000,01	€ 20.000,00	15%
3	€ 20.000,01	€ 25.000,00	30%
4	€ 25.000,01	€ 30.000,00	50%
5	€ 30.000,01	€ 36.000,00	75%
6	€ 36.000,01	oltre	100%

Articolo 13 **Contributo di sollievo**

1. Il «*contributo di sollievo*» è un sostegno economico destinato alle persone in situazione di disabilità gravissima ad elevato livello assistenziale. Con tale contributo si intende sostenere la scelta della persona non autosufficiente di continuare a vivere nel proprio domicilio e supportare la famiglia nel carico assistenziale e di cura della persona non autonoma (art. 2, comma b, del presente regolamento).
2. L'équipe U.V.M. effettuerà una visita domiciliare durante la quale, rilevato lo stato di non autonomia dell'utente, compilerà una “*Scheda di Valutazione per il Contributo di Sollievo*” al fine di rilevare i dati personali dell'assistito e redigere un breve rapporto clinico e sociale.
3. Il contributo economico deve essere finalizzato all'assunzione o all'integrazione di personale, che svolga un servizio di assistenza alla persona e che dia sollievo al carico assistenziale della famiglia. Il reperimento dell'assistente personale è elemento fondamentale. La famiglia sceglie l'assistente e ne concorda mansioni, orari e retribuzioni.
4. La famiglia firmerà un “*Atto di impegno*” con l'Amministrazione sulle modalità di utilizzo del contributo.

Articolo 14 **Quantificazione economica del Contributo di Sollievo**

1. Il contributo economico di sollievo è quantificato sulla base delle fasce ISEE indicate nella tabella 5 che segue. Gli utenti, sulla base dell'ISEE del proprio nucleo familiare, riceveranno il contributo economico corrispondente alla fascia ISEE di riferimento. La quantificazione del contributo corrispondente ad ogni singola fascia ISEE sarà determinato con successiva deliberazione della Giunta comunale.

Tabella 5

Fasce	Da	A
1	€ 0,00	€ 16.000,00
2	€ 16.000,01	€ 20.000,00
3	€ 20.000,01	€ 25.000,00
4	€ 25.000,01	€ 30.000,00
5	€ 30.000,01	€ 36.000,00
6	€ 36.000,01	oltre

Articolo 15 **Monitoraggio**

1. L'attività di monitoraggio accompagnerà l'intera realizzazione del progetto S.A.D.I., individuando specifici indicatori (qualitativi e quantitativi) che permetteranno di raccogliere le

informazioni necessarie per verificare l'efficacia, la qualità e l'impatto dell'intervento.

2. Il monitoraggio verrà effettuato con cadenza semestrale da parte di un *case manager*, individuato dall'Amministrazione quale referente dell'andamento del progetto.
3. Nell'eventualità che il *case manager* rilevi una mutazione della condizione generale dell'utente sarà cura dello stesso segnalarla. Qualora, invece, il quadro clinico dell'utente subisca una modifica sarà cura dello stesso o della sua famiglia fornire documentazione clinica specialistica. Entrambe le situazioni verranno prese in considerazione dall'U.V.M. nella valutazione del progetto a scadenza annuale, per un eventuale variazione del P.A.I.
4. La valutazione dei risultati dei singoli progetti individualizzati (raggiungimento degli obiettivi previsti dal singolo progetto individualizzato e il grado di soddisfazione dell'utente) sarà effettuata annualmente dall'U.V.D.

Articolo 16

Procedure di erogazione dei contributi

1. I contributi sono erogati trimestralmente dal Comune sulla base della domanda e della documentazione prodotta dall'utente e/o dalla famiglia e/o dal caregiver contenente le necessarie indicazioni e procedure.
2. Il contributo economico, definito sulla base degli articoli 12 e 14 sarà erogato con una anticipazione trimestrale del 75%.
3. Il saldo pari al 25% verrà erogato previa verifica ed approvazione della rendicontazione delle spese effettivamente sostenute nel trimestre precedente.
4. L'importo anticipato – secondo le succitate modalità – e non utilizzato, dovrà essere restituito al Comune in caso di cessazione e/o revoca del servizio.
5. I contributi vengono erogati per ciascun mese di attività e per le frazioni di mese superiori a 15 giorni svolte senza soluzione di continuità per il periodo considerato. Periodi isolati pari o inferiori a 15 giorni non danno titolo ad alcun contributo.
6. Saranno effettuate visite domiciliari di monitoraggio del servizio come specificato nel precedente articolo.
7. Il contributo decorre dal mese successivo all'accoglimento della domanda.

Articolo 17

Rendicontazione del S.A.D.I. e del Contributo di Sollievo

1. Il beneficiario del contributo si impegna a rendicontare ogni tre mesi ai Servizi Sociali del Comune le spese effettivamente sostenute, esibendo – a seconda dei casi – la seguente documentazione:
 - a) copia buste paga;
 - b) copia bollettini INPS;
 - c) autocertificazione dell'avvenuta erogazione del compenso all'operatore.
2. Nel caso in cui le spese sostenute e rendicontate dovesse risultare superiori al contributo erogato, il Comune provvederà a rimborsare unicamente l'importo riconosciuto.
3. Nel caso in cui le spese sostenute e rendicontate dovessero risultare inferiori al contributo riconosciuto, il Comune provvederà a rimborsare unicamente l'importo rendicontato.

Articolo 18

Cessazione e revoca del servizio

1. Il servizio cessa dal mese successivo al decesso dell'assistito e viene revocato nei seguenti casi:
 - a) in caso di ricovero superiore a tre mesi presso strutture residenziali;
 - b) quando vengono meno i requisiti di cui all'articolo 5;
 - c) quando, su richiesta del Comune, non si provveda a regolarizzare entro 30 giorni la rendicontazione;

- d) quando, su richiesta del Comune, non si provveda a presentare entro 60 giorni l'ISEE aggiornato;
- e) quando a seguito della verifica dei sei mesi nell'ambito del monitoraggio di cui all'art. 13 si rilevi il mancato rispetto degli accordi presi nel P.A.I.

Articolo 19

Disposizioni per chi usufruisce di altri servizi

1. Le persone disabili che frequentano Centri Diurni usufruiscono del S.A.D.I. se ottengono un punteggio maggiore a 39. In tal caso avranno diritto fino a un massimo di 20 ore di assistenza settimanali.

Articolo 20

Disposizioni transitorie

1. Le persone disabili che attualmente usufruiscono del S.A.D.I.:
 - non dovranno presentare una nuova domanda di accesso al servizio;
 - continueranno a ricevere il contributo sulla base della nuova valutazione effettuata dalla U.V.M. con le modalità previste dal presente Regolamento;
 - saranno tenute a presentare una nuova dichiarazione ISEE oltre ad eventuale ed ulteriore documentazione prevista dal presente Regolamento a richiesta dell'Amministrazione.

Città di Fiumicino
Servizio Assistenza Domiciliare Indiretta (S.A.D.I.)

S.V.A.M.DI.
SCHEDA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE - DISABILI

VALUTAZIONE SOCIALE

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ **Nome** _____

Data di nascita |_|_|_|_|_|_|_|_| **Luogo di nascita** _____

Cittadinanza _____ **Sesso** ☐ maschio ☐ femmina

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Residenza in Via/P.zza _____ **N.** _____

Comune _____ **Provincia** _____

Telefono _____ **Cell.** _____

Iniziativa della Domanda

- ☐ propria
- ☐ familiare o affine
- ☐ medico di base
- ☐ amministratore di sostegno/tutore/curatore
- ☐ altro soggetto (specificare _____)

CHI FORNISCE RISPOSTE ALLA SCHEDA DI VALUTAZIONE

Cognome _____ **Nome** _____

Residenza in Via/P.zza _____ **N.** _____

Comune _____ **Provincia** _____

Telefono _____ **Cell.** _____

Grado di parentela _____

EVENTUALE PERSONA INCARICATA DI TUTELA GIURIDICA	
Cognome _____	Nome _____
Residenza in Via/P.zza _____	N. _____
Comune _____	Provincia _____
Telefono _____	Cell. _____
Ruolo _____	

PROFILO PERSONALE	
Stato Civile	
☐ celibe/nubile ☐ coniugato/a ☐ separato/a	☐ divorziato/a ☐ vedovo/a ☐ convivente ☐ non dichiarato
Titolo di Studio	
☐ laurea magistrale/laurea specialistica ☐ diploma di laurea/laurea di I livello ☐ diploma media superiore ☐ qualifica professionale Specificare _____ _____	☐ licenza media inferiore ☐ licenza elementare ☐ nessuno ☐ non dichiarato
Condizione Lavorativa	
☐ occupazione stabile ☐ occupazione temporanea ☐ occupazione precaria <i>L'occupazione è di tipo:</i> ☐ dipendente ☐ indipendente Specificare _____ _____	☐ disoccupato/a ☐ pensionato/a ☐ cassintegrato/a

CONDIZIONE PERSONALE

max punti 7 (i punteggi attribuiti vanno cumulati)	
INVALIDITÀ	
☐ Invalidità civile - Grado di invalidità % _____	
	Punti
☐ Pensione di invalidità	1
☐ Pensione di reversibilità	1
☐ Legge 68/99	1
☐ Indennità di accompagnamento	1
☐ Legge 104/92, art. 3, comma 1	2
☐ Legge 104/92, art. 3, comma 3	4
TOTALE	

CONDIZIONE FAMILIARE

Max punti 18	
Numero componenti del nucleo familiare: 	
COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE	
L'utente vive	Punti
☐ Solo	10
☐ Solo con minore/i	10
☐ Solo con assistente familiare (badante)	6
☐ Con un solo familiare adulto che lavora *	5
☐ Con un solo familiare adulto	4
☐ Solo con badante e familiare attiguo	3
☐ Con un solo familiare e assistente familiare (badante)	2
* Il solo familiare adulto è impossibilitato a prestare assistenza a causa di impegni esterni finalizzati alla sussistenza del nucleo. Qualora l'assistente familiare sia pagato con il contributo dell'assistenza indiretta l'utente va considerato SOLO.	
PROBLEMI DEL NUCLEO FAMILIARE	
Problemi	Punti
☐ Salute (più persone con handicap) <i>allegare verbale Inv. Civ. e L.104/92</i>	8
☐ Deviazione sociale **	6
☐ Giudiziari	4
☐ Disoccupazione	2
** Per <u>deviazione sociale</u> si intendono tutte le problematiche che rendono inadeguato l'ambiente familiare (attestazione da parte del Servizio Sociale comunale).	
TOTALE	

SITUAZIONE ECONOMICA

Max punti 9	
<i>A cura dell'Ufficio Amministrativo dei Servizi Sociali del Comune</i>	
REDDITI DEL NUCLEO FAMILIARE AI FINI IRPEF	Punti
☐ 0 - 16.000,00	5
☐ 16.001,00 - 20.000,00	4
☐ 20.001,00 - 25.000,00	3
☐ 25.001,00 - 30.000,00	2
☐ 30.001,00 - 36.000,00	1
☐ 36.000,00 - oltre	0
<i>Dati ricavabili dall'ISEE-DSU completa, dalla dichiarazione dei redditi e altre certificazioni.</i>	
ALTRE INFORMAZIONI	
Spese fisse per affitti e mutui (quadro C3-DSU) (altra certificazione)	Punti
☐ Incidono fino al 25% sul reddito del nucleo familiare convivente	1
☐ Incidono oltre il 25% sul reddito del nucleo familiare convivente	2
Spese fisse (Spese sanitarie, ausili per disabili, addetti all'assistenza personale, ecc.)	Punti
☐ Incidono fino al 25 % sul reddito del nucleo familiare convivente	1
☐ Incidono oltre il 25% sul reddito del nucleo familiare convivente	2
TOTALE	

CONDIZIONE ABITATIVA

Max punti 13	
TIPOLOGIA ABITATIVA	Punti
☐ Alloggio improprio (baracca, container, basso ,etc.)	3
☐ Ospite presso terzi	2
☐ Con proprio domicilio	1
TITOLO DI GODIMENTO DELL'ABITAZIONE	Punti
☐ Affitto	5
☐ Alloggio pubblico assegnato	4
☐ Usufrutto	3
☐ Nuda proprietà	2
☐ Proprietà o uso gratuito	1
L'ABITAZIONE È UBICATA IN UNA ZONA I CUI SERVIZI SONO:	Punti
☐ Fruibili (Fiumicino centro, Fregene)	0
☐ Fruibili parzialmente in modo agevole (Parco Leonardo, Le Pleiadi)	1

☐ Fruibili parzialmente (<i>Passoscuro, Palidoro, Aranova, Maccarese, Torrimpietra, Focene, Le Vignole</i>)	2
☐ Non sono fruibili (<i>Tragliata, Tragliatella, Testa di Lepre</i>)	3
L'ABITAZIONE DOVE RISIEDA L'UTENTE HA BARRIERE ARCHITETTONICHE TALI DA CREARGLI DIFFICOLTÀ	
☐ SI	2
☐ NO	0
TOTALE	

PARTECIPAZIONE AD ATTIVITÀ

Max punti 13	
L'utente è inserito in attività socio riabilitative, scolastiche, formative, lavorative? Se sì, indicare quali:	
SCUOLA	
Giorni _____ Orario _____	
Con la seguente tipologia di assistenza:	
☐ AEC	☐ Insegnante di Sostegno
FORMAZIONE E /O TIROCINIO	
Giorni _____ Orario _____	
CENTRO DIURNO	
Giorni _____ Orario _____	
Tipologia:	
☐ ex articolo 26	☐ Centro Diurno Socio-Sanitario ☐ Centro Diurno Municipale L. 328/00
ATTIVITÀ LAVORATIVA	
Giorni _____ Orario _____	
ALTRE ATTIVITÀ STRUTTURATE E FINANZIATE DA ENTI PUBBLICI	
Giorni _____ Orario _____	
(non inserire attività sanitarie: es. logoterapia, fisioterapia, prestazioni mediche ed infermieristiche)	

Per attribuire il punteggio sommare i giorni e gli orari delle singole attività			
Attività	Attività	Punti	
È inserito fino a 6 volte a settimana	Fino a 9 ore di attività giornaliera	1	
È inserito fino a 6 volte a settimana	Fino a 6 ore di attività giornaliera	3	
È inserito fino a 4 volte a settimana	Fino a 9 ore di attività giornaliera	3	
È inserito fino a 4 volte a settimana	Fino a 6 ore di attività giornaliera	5	

È inserito fino a 2 volte a settimana	Fino a 9 ore di attività giornaliere	7	
È inserito fino a 2 volte a settimana	Fino a 6 ore di attività giornaliere	9	
Non è inserito in nessuna attività		13	
TOTALE			

Si prega di segnalare le informazioni utilizzate:

- | | |
|--|---|
| 1. ☐ documenti scritti | 3. ☐ informazioni fornite da altri |
| 2. ☐ soggetto interessato | 4. ☐ osservazione diretta |

Cognome e Nome del compilatore _____

Ruolo _____

Data

Firma _____

S.Va.M.Di.

Valutazione Sanitaria

DIAGNOSI DELLE ATTUALI PRINCIPALI CONDIZIONI DI SALUTE

Indicare la codifica nosologica in codice ICD X (indicare con una X il tipo di diagnosi)	IDC X	Diagnosi principale	Diagnosi comorbidità
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
Fonte diagnosi:			

INFORMAZIONI SINTETICHE SULLO STATO DI SALUTE

Altezza: cm

Peso: Kg

Sta assumendo qualche farmaco? ☐ NO ☐ SI

Se sì, specificare i farmaci principali che sta assumendo (barrare con una X il riquadro corrispondente):

1 - nome del principio attivo:	via di somministrazione	frequenza	preparazione	Assistenza all'assunzione
	orale	1 o più volte al giorno	SI	SI
	parenterale	a giorni alterni	NO	NO
	rettale	1 o 2 giorni alla settimana		
	topica	Meno di una volta alla settimana		

2 - nome del principio attivo:	via di somministrazione	frequenza	preparazione	Assistenza all'assunzione
	orale	1 o più volte al giorno	SI	SI
	parenterale	a giorni alterni	NO	NO
	rettale	1 o 2 giorni alla settimana		
	topica	Meno di una volta alla settimana		

3 - nome del principio attivo:	via di somministrazione	frequenza	preparazione	Assistenza all'assunzione
	orale	1 o più volte al giorno	SI	SI
	parenterale	a giorni alterni	NO	NO
	rettale	1 o 2 giorni alla settimana		
	topica	Meno di una volta alla settimana		

4 - nome del principio attivo:	via di somministrazione	frequenza	preparazione	Assistenza all'assunzione
	orale	1 o più volte al giorno	SI	SI
	parenterale	a giorni alterni	NO	NO
	rettale	1 o 2 giorni alla settimana		
	topica	Meno di una volta alla settimana		

5 - nome del principio attivo:	via di somministrazione	frequenza	preparazione	Assistenza all'assunzione
	orale	1 o più volte al giorno	SI	SI
	parenterale	a giorni alterni	NO	NO
	rettale	1 o 2 giorni alla settimana		
	topica	Meno di una volta alla settimana		

Utilizza qualche ausilio? ☐ NO ☐ SI

Se **SI**, specificare il tipo di ausilio fornito:

AUSILIO (max punti 10)		PUNTI
☐	Apparecchi per la funzione respiratoria	1
☐	Carrozine ed altri ausili per la deambulazione	1
☐	Ausili addominali	1
☐	Ausili per la cura e protezione personale	1
☐	Ortesi per il tronco	1
☐	Sistemi posturali	1
☐	Apparecchi e ortesi per l'arto	1
☐	Ausili e protesi ottiche e acustiche	1
☐	Ausili per comunicazione, informazione e segnalazione	1
☐	Altro:	1
TOTALE		

Sta ricevendo qualche tipo di trattamento per la sua salute? ☐ NO ☐ SI

Se **SI**, specificare quale:

ASSISTENZA INFERMIERISTICA (max punti 16)		PUNTI
☐	Diabete insulinoindipendente	1
☐	Scompenso cardiaco in classe 3-4 NYHA con necessità di monitoraggio frequente del bilancio idrico (275 mg. Furosemide pro die), alimentare e parametri vitali (polso, pressione, frequenza cardiaca)	1
☐	Cirrosi scompensata e altre forme di ascite con necessità come sopra elencate	1
☐	Tracheostomia	1
☐	Ossigenoterapia continuativa a lungo termine (>3 h al di)	1
☐	Sondino naso-gastrico, gastrostomia (PEG)	1
☐	Catetere venoso centrale o nutrizione parenterale totale o terapia infusionale quotidiana	1
☐	Catetere vescicale	1
☐	Ano artificiale e/o ureterostomia	1

☐	Nefrostomia o terapia peridurale a lungo termine o terapia antalgica con oppioidi o con elastomero che richiede adeguamento della posologia	1
☐	Ulcere distrofiche agli arti e/o altre lesione della cute chirurgiche, traumatiche, oncologiche	1
☐	Respiratore/Ventilazione assistita	1
☐	Dialisi o dialisi peritoneale	1
☐	Presenza di dolore (neoplastico o non neoplastico)	1
☐	Dipendenza da apparecchiature elettromedicali	1
☐	Paziente neoplastico allettato	1
	TOTALE	

S.Va.M.Di.

Valutazione Funzionale

PARTE 1A

MENOMAZIONI DELLE FUNZIONI CORPOREE

Le **funzioni corporee** sono le funzioni fisiologiche dei sistemi corporei (incluse le funzioni psicologiche). Le **menomazioni** sono problemi nella funzione del corpo, intesi come una deviazione o una perdita significativa.

QUALIFICATORE: ESTENSIONE DELLE MENOMAZIONI	
0	Nessuna menomazione (assente, trascurabile, 0-4%)
1	Menomazione lieve (leggera, piccola, 5-24%)
2	Menomazione media (moderata, discreta, 25-49%)
3	Menomazione grave (notevole, estrema, 50-95%)
4	Menomazione completa (totale, 96-100%)

Breve lista delle funzioni corporee		Qualificatore valori da 0 a 4
B1. FUNZIONI MENTALI		
b110	Coscienza	
b114	Orientamento (tempo, spazio, persona)	
b117	Intelletto (compresi ritardo, demenza)	
b122	Funzioni psicosociali globali	
b126	Funzioni del temperamento e della personalità	
b126.3	Stabilità psichica	
b130	Funzioni dell'energia e delle pulsioni	
b130.4	Controllo impulsi	
b134	Sonno	
b140	Attenzione	
b144	Memoria	
b147	Funzioni psicomotorie	
b152	Funzioni emozionali	
b152.1	Regolazione dell'emozione	
b156	Funzioni percettive	
b160	Funzioni del pensiero	
b164	Funzioni cognitive di livello superiore	
b167	Linguaggio	
b176	Funzione mentale di sequenza dei movimenti complessi	
b180	Funzioni dell'esperienza del sé e del tempo	
B2. FUNZIONI SENSORIALI E DOLORE		
b210	Vista	
b230	Udito	
b235	Funzioni vestibolari (compreso l'equilibrio)	
b280	Dolore	
B3. FUNZIONI DELLA VOCE E DELL'ELOQUIO		
b310	Voce	
b330	Funzioni della fluidità e del ritmo dell'eloquio	
B4. FUNZIONI DEI SISTEMI CARDIOVASCOLARE, EMATOLOGICO, IMMUNOLOGICO E DELL'APPARATO RESPIRATORIO		
b410	Cuore	
b420	Pressione sanguigna	
b430	Sistema ematologico (sangue)	
b435	Sistema immunologico (allergie, ipersensibilità)	
b440	Respirazione (respiro)	
B5. FUNZIONI DELL'APPARATO DIGERENTE E DEI SISTEMI METABOLICI ED ENDOCRINO		
b515	Digestione	
b525	Defecazione	
b530	Mantenimento del peso	

b545	Equilibrio idrico ed elettrolitico	
b550	Termoregolazione	
b555	Ghiandole endocrine (alterazioni ormonali)	
B6. FUNZIONI GENITOURINARIE E RIPRODUTTIVE		
b620	Funzioni urinarie	
b640	Funzioni sessuali	
b650	Funzioni mestruali	
B7. FUNZIONI NEURO-MUSCOLO-SCHELETRICHE E CORRELATE AL MOVIMENTO		
b710	Mobilità dell'articolazione	
b730	Forza muscolare	
b735	Tono muscolare	
b760	Funzione di controllo del movimento volontario	
b765	Movimento involontario	
B8. FUNZIONI DELLA CUTE E DELLE STRUTTURE CORRELATE		
b810	Funzioni protettive della cute (rischio piaghe)	
OGNI ALTRA FUNZIONE CORPOREA		
<i>(sommare il valore dei qualificatori) TOTALE parte 1A</i>		

PARTE 1B MENOMAZIONI DELLE STRUTTURE CORPOREE

Le **strutture corporee** sono le parti anatomiche del corpo come gli organi, gli arti e le loro componenti. Le **menomazioni** sono problemi nella struttura del corpo, intesi come una deviazione o una perdita

QUALIFICATORE: ESTENSIONE DELLE MENOMAZIONI	
0	Nessuna menomazione (assente, trascurabile, 0-4%)
1	Menomazione lieve (leggera, piccola, 5-24%)
2	Menomazione media (moderata, discreta, 25-49%)
3	Menomazione grave (notevole, estrema, 50-95%)
4	Menomazione completa (totale, 96-100%)

Breve lista delle strutture corporee		Qualificatore valori da 0 a 4
B1. FUNZIONI MENTALI		
S1	Struttura del sistema nervoso	
S2	Occhio, orecchio e strutture correlate	
S3	Strutture coinvolte nella voce e nell'eloquio	
S4	Strutture dei sistemi cardiovascolare, immunologico e dell'apparato respiratorio	
S5	Strutture correlate all'apparato digerente e ai sistemi metabolico ed endocrino	
S6	Strutture correlate al sistema genitourinario e riproduttivo	
S7	Strutture correlate al movimento	
S8	Cute e strutture correlate	
Ogni altra struttura corporea		
<i>(sommare il valore dei qualificatori) TOTALE parte 1B</i>		

Si prega di segnalare le informazioni utilizzate:

1. ☐ documenti scritti
2. ☐ soggetto interessato
3. ☐ informazioni fornite da altri
4. ☐ osservazione diretta

Cognome e Nome del compilatore _____

Ruolo _____

Data Firma _____

PARTE 2 - 3

LIMITAZIONI DELLE ATTIVITÀ / RESTRIZIONI DELLA PARTECIPAZIONE E FATTORI AMBIENTALI

L'**attività** è l'esecuzione di un compito o di una azione da parte di un individuo.

La **partecipazione** è il coinvolgimento in una situazione di vita.

Le **limitazioni dell'attività** sono le difficoltà che un individuo può incontrare nello svolgere delle attività.

Le **restrizioni alla partecipazione** sono i problemi che un individuo può sperimentare nel coinvolgimento nelle situazioni della vita.

I **fattori ambientali** costituiscono gli atteggiamenti, l'ambiente fisico e sociale in cui le persone vivono e conducono la loro esistenza.

Il **qualificatore performance** indica il **grado della restrizione nella partecipazione** descrivendo l'**attuale performance** delle persone in un compito o in una azione **nel loro ambiente reale**. Poiché l'ambiente reale introduce al contesto sociale, performance può essere intesa come "coinvolgimento in una situazione di vita" o "esperienza vissuta" delle persone nel contesto reale in cui vivono.

Questo contesto include i fattori ambientali - tutti gli aspetti del mondo fisico, sociale e degli atteggiamenti - che possono essere codificati usando la componente Fattori Ambientali. Il qualificatore performance misura la difficoltà che la persona incontra **nel fare le cose, ammesso che le voglia fare**.

Il **qualificatore capacità** indica il grado di limitazione nell'attività descrivendo l'**abilità della persona** ad eseguire un compito o una azione. Il qualificatore Capacità focalizza l'attenzione sulle limitazioni che sono caratteristiche inerenti o intrinseche delle persone stesse. Queste limitazioni dovrebbero essere manifestazioni dirette dello stato di salute della persona, **senza assistenza**. Per assistenza intendiamo l'aiuto di un'altra persona, o l'assistenza fornita da un veicolo o da uno strumento adattato o appositamente progettato o qualsiasi modificazione ambientale di una stanza, della casa, del posto di lavoro, ecc.. il livello dovrebbe essere valutato relativamente alle capacità normalmente attese per quella persona o alle capacità della persona prima delle attuali condizioni di salute.

QUALIFICATORI DI ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE	
Primo qualificatore:	Secondo qualificatore:
▸ performance	▸ capacità (senza influenza dell'ambiente o assistenza)
▸ grado di restrizione della partecipazione	▸ grado di limitazione dell'attività
0	Nessuna difficoltà significa che la persona non presenta il problema
0	Nessun problema (assente, trascurabile,, 0 - 4 %)
1	Problema lieve (leggera, piccola,, 5 - 24 %)
2	Problema medio (moderato, discreto,, 25 - 49 %)
3	Problema grave (notevole, estremo,, 50 - 95 %)
4	Problema completo (totale, 96 - 100 %)

QUALIFICATORI DI FATTORI AMBIENTALI			
Qualificatori nell'ambiente: barriere o facilitatori			
0	Nessuna barriera	0	Nessun facilitatore
1	Barriera lieve	1	Facilitatore lieve
2	Barriera media	2	Facilitatore medio
3	Barriera grave	3	Facilitatore sostanziale
4	Barriera completa	4	Facilitatore completo

Breve lista delle dimensioni Attività e Partecipazione					Fattori Ambientali Codici e Qualificatori					
D1. APPRENDIMENTO E APPLICAZIONE DELLA CONOSCENZA					Performance	Capacità	e310	e315	e340	e575
d110	Guardare									
d115	Ascoltare									
d130	Copiare									
d159	Apprendimento di base									
d166	Leggere									
d169	Scrivere									
d172	Calcolare									
d179	Applicazione delle conoscenze di base									
d175	Risoluzione di problemi									
D2. COMPITI E RICHIESTE GENERALI										
d210	Intraprendere un compito singolo									
d220	Intraprendere compiti articolati									
d230	Eseguire la routine quotidiana									
d240	Gestire la tensione o altre richieste di tipo psicologico									
D3. COMUNICAZIONE										
d310	Comunicare con - ricevere - messaggi verbali									
d315	Comunicare con - ricevere - messaggi non verbali									
d330	Parlare									
d335	Produrre messaggi non verbali									
d350	Conversazione									
d360	Utilizzo di apparecchiature e ausili per la comunicazione									
D4. MOBILITÀ										
d410	Cambiare posizione di base									
d430	Sollevarre e trasportare oggetti									
d440	Uso fine della mano (<i>raccogliere, afferrare</i>)									
d450	Camminare									
d455	Spostarsi									
d465	Spostarsi usando apparecchiature/ausili (<i>sedie a rotelle, pattini, ecc.</i>)									
d475	Guidare (<i>andare in bici, motocicletta, auto, ecc.</i>)									
D5. CURA DELLA PROPRIA PERSONA										
d510	Lavarsi (<i>fare il bagno, asciugarsi, lavarsi le mani, ecc.</i>)									
d520	Prendersi cura di singole parti del corpo (<i>lavarsi i denti, radersi, ecc.</i>)									
d530	Bisogni corporali									

Breve lista delle dimensioni Attività e Partecipazione			Fattori Ambientali Codici e Qualificatori			
	Performance	Capacità	e310	e315	e340	e575
d540	Vestirsi					
d550	Mangiare					
d560	Bere					
d570	Prendersi cura della propria salute					
d571	Badare alla propria sicurezza					
D6. VITA DOMESTICA						
d620	Procurarsi beni e servizi					
d630	Preparare i pasti (cucinare, ecc.)					
d640	Fare i lavori di casa (pulire la casa, lavare i piatti, fare il bucato, stirare)					
d660	Assistere gli altri					
D7. INTERAZIONE E RELAZIONI INTERPERSONALI						
d710	Interazioni interpersonali semplici					
d720	Interazioni interpersonali complesse					
d730	Entrare in relazione con estranei					
d740	Relazioni formali					
d750	Relazioni sociali informali					
d760	Relazioni familiari					
d770	Relazioni intime					
D8. AREE DI VITA PRINCIPALI						
d810	Istruzione informale					
d830	Istruzione superiore					
d840	Apprendistato					
d850	Lavoro retribuito					
d855	Lavoro non retribuito					
d860	Transazioni economiche semplici					
d870	Autosufficienza economica					
D9. VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITÀ						
d910	Vita nella comunità					
d920	Ricreazione e tempo libero					
d930	Religione e spiritualità					
QUALSIASI ALTRA ATTIVITÀ						
(sommare il valore dei qualificatori) TOTALE parti 2 e 3						

Breve lista di fattori ambientali	
E1. PRODOTTI E TECNOLOGIA	
e110	Prodotti o sostanze per il consumo personale (<i>cibo, farmaci</i>)
e115	Prodotti e tecnologia per l'uso personale nella vita quotidiana
e120	Prodotti per la mobilità e il trasporto personale in ambienti interni ed esterni
e125	Prodotti e tecnologia per la comunicazione
e150	Prodotti e tecnologia per la progettazione e la costruzione di edifici per il pubblico utilizzo
e155	Prodotti e tecnologia per la progettazione e la costruzione di edifici per utilizzo privato
E2. AMBIENTE NATURALE E CAMBIAMENTI EFFETTUATI DALL'UOMO	
e225	Clima
e240	Luce
e250	Suono
E3. RELAZIONI E SOSTEGNO SOCIALE	
e310	Famiglia ristretta
e315	Famiglia allargata
e320	Amici
e325	Conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità
e330	Persone in posizione di autorità
e340	Persone che forniscono aiuto e assistenza
e355	Operatori sanitari
e360	Altri operatori
E4. ATTEGGIAMENTI	
e410	Atteggiamenti individuali dei componenti della famiglia ristretta
e420	Atteggiamenti individuali degli amici
e425	Atteggiamenti di conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità
e430	Atteggiamenti delle persone in posizione di autorità
e440	Atteggiamenti individuali di persone che forniscono aiuto o assistenza
e450	Atteggiamenti individuali di operatori sanitari
e455	Atteggiamenti individuali di altri operatori
e460	Atteggiamenti della società
e465	Norme sociali, costumi e ideologie
E5. SERVIZI, SISTEMI E POLITICHE	
e525	Servizi, sistemi e politiche abitative
e535	Servizi, sistemi e politiche di comunicazione
e540	Servizi, sistemi e politiche di trasporto
e550	Servizi, sistemi e politiche legali
e570	Servizi, sistemi e politiche previdenziali/assistenziali
e575	Servizi, sistemi e politiche di sostegno sociale generale
e580	Servizi, sistemi e politiche sanitarie
e585	Servizi, sistemi e politiche dell'istruzione e della formazione
e590	Servizi, sistemi e politiche del lavoro

VALUTAZIONE FUNZIONALE		
Conversione del totale dei valori dei Qualificatori in punteggio		
Sommare tra loro i totali dei valori dei qualificatori delle parti 1A, 1B, 2 e 3. Il valore totale ottenuto va imputato in una delle seguenti <i>classi qualificatori</i> alle quali corrisponde un punteggio che va riportato nella tabella 1 della parte "Sintesi finale dei punteggi"		
Classi qualificatori		Punti
☐	da 1 a 10	1
☐	da 11 a 20	2
☐	da 21 a 30	3
☐	da 31 a 40	4
☐	da 41 a 55	5
☐	da 56 a 70	6
☐	da 71 a 86	7
☐	da 87 a 102	8
☐	da 103 a 123	9
☐	da 124 a 144	10
☐	da 145 a 175	11
☐	da 176 a 206	12
☐	da 207 a 257	13
☐	da 258 a oltre	14
TOTALE punti della valutazione funzionale		

PARTE 4 ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTESTO

Descrizione sintetica di tutti i fattori personali che possono avere un impatto sullo stato funzionale.

[es. stile di vita, abitudini, contesto sociale, educazione, eventi della vita, razza/etnia, orientamento sessuale e beni dell'individuo, rapporti all'interno della famiglia, con la famiglia allargata, con la comunità (la rete sociale), eventuali problematicità: - il carico assistenziale richiesto dal disabile e chi lo sostiene in famiglia - gli ostacoli alla partecipazione alla vita comunitaria e allo sviluppo delle autonomie - gli ausili utilizzati o da prevedere]

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Si prega di segnalare le informazioni utilizzate:

1. ☐ documenti scritti
2. ☐ soggetto interessato
3. ☐ informazioni fornite da altri
4. ☐ osservazione diretta

Cognome e Nome del compilatore _____

Ruolo	Nome	Indirizzo	Telefono	Indirizzo E-mail
Amministratore Delegato	Dr. Mario Rossi	Via Roma 123, 00100 Roma	06 1234 5678	m.rossi@azienda.it
Vice Amministratore Delegato	Dr. Anna Bianchi	Via Milano 456, 20100 Milano	02 9876 5432	a.bianchi@azienda.it
Amministratore Delegato	Dr. Luca Verdi	Via Napoli 789, 80100 Napoli	081 5432 1098	l.verdi@azienda.it
Vice Amministratore Delegato	Dr. Elena Neri	Via Torino 101, 10100 Torino	011 2345 6789	e.neri@azienda.it
Amministratore Delegato	Dr. Paolo Gialli	Via Firenze 234, 50100 Firenze	055 3456 7890	p.gialli@azienda.it
Vice Amministratore Delegato	Dr. Maria Neri	Via Bologna 567, 40100 Bologna	051 4567 8901	m.neri@azienda.it
Amministratore Delegato	Dr. Roberto Neri	Via Padova 890, 35100 Padova	049 5678 9012	r.neri@azienda.it
Vice Amministratore Delegato	Dr. Anna Neri	Via Venezia 123, 30100 Venezia	041 6789 0123	a.neri@azienda.it
Amministratore Delegato	Dr. Luca Neri	Via Verona 456, 37100 Verona	0445 7890 1234	l.neri@azienda.it
Vice Amministratore Delegato	Dr. Elena Neri	Via Mantova 789, 46100 Mantova	0376 8901 2345	e.neri@azienda.it
Amministratore Delegato	Dr. Paolo Neri	Via Brescia 101, 25100 Brescia	030 9012 3456	p.neri@azienda.it
Vice Amministratore Delegato	Dr. Maria Neri	Via Bergamo 234, 24100 Bergamo	035 0123 4567	m.neri@azienda.it
Amministratore Delegato	Dr. Roberto Neri	Via Pavia 567, 27100 Pavia	0322 1234 5678	r.neri@azienda.it
Vice Amministratore Delegato	Dr. Anna Neri	Via Lodi 890, 26100 Lodi	0373 2345 6789	a.neri@azienda.it
Amministratore Delegato	Dr. Luca Neri	Via Cremona 123, 26100 Cremona	0372 3456 7890	l.neri@azienda.it
Vice Amministratore Delegato	Dr. Elena Neri	Via Sondrio 456, 23100 Sondrio	0342 4567 8901	e.neri@azienda.it
Amministratore Delegato	Dr. Paolo Neri	Via Varese 789, 22100 Varese	0332 5678 9012	p.neri@azienda.it
Vice Amministratore Delegato	Dr. Maria Neri	Via Lecco 101, 23900 Lecco	0341 6789 0123	m.neri@azienda.it
Amministratore Delegato	Dr. Roberto Neri	Via Como 234, 22100 Como	031 7890 1234	r.neri@azienda.it
Vice Amministratore Delegato	Dr. Anna Neri	Via Monza 567, 22100 Monza	0362 8901 2345	a.neri@azienda.it
Amministratore Delegato	Dr. Luca Neri	Via Bergamo 890, 24100 Bergamo	035 9012 3456	l.neri@azienda.it
Vice Amministratore Delegato	Dr. Elena Neri	Via Pavia 123, 27100 Pavia	0322 0123 4567	e.neri@azienda.it
Amministratore Delegato	Dr. Paolo Neri	Via Lodi 456, 26100 Lodi	0373 1234 5678	p.neri@azienda.it
Vice Amministratore Delegato	Dr. Maria Neri	Via Cremona 789, 26100 Cremona	0372 2345 6789	m.neri@azienda.it
Amministratore Delegato	Dr. Roberto Neri	Via Sondrio 101, 23100 Sondrio	0342 3456 7890	r.neri@azienda.it
Vice Amministratore Delegato	Dr. Anna Neri	Via Varese 234, 22100 Varese	0332 4567 8901	a.neri@azienda.it
Amministratore Delegato	Dr. Luca Neri	Via Lecco 567, 23900 Lecco	0341 5678 9012	l.neri@azienda.it
Vice Amministratore Delegato	Dr. Elena Neri	Via Como 890, 22100 Como	031 6789 0123	e.neri@azienda.it
Amministratore Delegato	Dr. Paolo Neri	Via Monza 123, 22100 Monza	0362 7890 1234	p.neri@azienda.it
Vice Amministratore Delegato	Dr. Maria Neri	Via Bergamo 456, 24100 Bergamo	035 8901 2345	m.neri@azienda.it
Amministratore Delegato	Dr. Roberto Neri	Via Pavia 789, 27100 Pavia	0322 9012 3456	r.neri@azienda.it
Vice Amministratore Delegato	Dr. Anna Neri	Via Lodi 101, 26100 Lodi	0373 0123 4567	a.neri@azienda.it
Amministratore Delegato	Dr. Luca Neri	Via Cremona 234, 26100 Cremona	0372 1234 5678	l.neri@azienda.it
Vice Amministratore Delegato	Dr. Elena Neri	Via Sondrio 567, 23100 Sondrio	0342 2345 6789	e.neri@azienda.it
Amministratore Delegato	Dr. Paolo Neri	Via Varese 890, 22100 Varese	0332 3456 7890	p.neri@azienda.it
Vice Amministratore Delegato	Dr. Maria Neri	Via Lecco 123, 23900 Lecco	0341 4567 8901	m.neri@azienda.it
Amministratore Delegato	Dr. Roberto Neri	Via Como 456, 22100 Como	031 5678 9012	r.neri@azienda.it
Vice Amministratore Delegato	Dr. Anna Neri	Via Monza 789, 22100 Monza	0362 6789 0123	a.neri@azienda.it
Amministratore Delegato	Dr. Luca Neri	Via Bergamo 101, 24100 Bergamo	035 7890 1234	l.neri@azienda.it
Vice Amministratore Delegato	Dr. Elena Neri	Via Pavia 234, 27100 Pavia	0322 8901 2345	e.neri@azienda.it
Amministratore Delegato	Dr. Paolo Neri	Via Lodi 567, 26100 Lodi	0373 9012 3456	p.neri@azienda.it
Vice Amministratore Delegato	Dr. Maria Neri	Via Cremona 890, 26100 Cremona	0372 0123 4567	m.neri@azienda.it
Amministratore Delegato	Dr. Roberto Neri	Via Sondrio 123, 23100 Sondrio	0342 1234 5678	r.neri@azienda.it
Vice Amministratore Delegato	Dr. Anna Neri	Via Varese 456, 22100 Varese	0332 2345 6789	a.neri@azienda.it
Amministratore Delegato	Dr. Luca Neri	Via Lecco 789, 23900 Lecco	0341 3456 7890	l.neri@azienda.it
Vice Amministratore Delegato	Dr. Elena Neri	Via Como 101, 22100 Como	031 4567 8901	e.neri@azienda.it
Amministratore Delegato	Dr. Paolo Neri	Via Monza 234, 22100 Monza	0362 5678 9012	p.neri@azienda.it
Vice Amministratore Delegato	Dr. Maria Neri	Via Bergamo 567, 24100 Bergamo	035 6789 0123	m.neri@azienda.it
Amministratore Delegato	Dr. Roberto Neri	Via Pavia 890, 27100 Pavia	0322 7890 1234	r.neri@azienda.it

Data									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Firma _____

SINTESI FINALE DEI PUNTEGGI

Tabella 1

N.	Aree di Valutazione	Punteggio Max	Punteggio Assegnato
1.	CONDIZIONE PERSONALE	7	
2.	CONDIZIONE FAMILIARE	18	
3.	SITUAZIONE ECONOMICA	9	
4.	CONDIZIONE ABITATIVA	13	
5.	PARTECIPAZIONE AD ATTIVITA'	13	
6.	VALUTAZIONE SANITARIA	26	
7.	VALUTAZIONE FUNZIONALE	14	
	TOTALE	100	

Tabella 2

LIVELLO D'INTENSITÀ ASSISTENZIALE		
Punti da 20 a 35	Punti da 36 a 65	Punti da 66 a 100
☐ A	☐ B	☐ C

Tabella 3

LIVELLO A	
punti	max ore
da 20 a 25	10
da 26 a 30	13
da 31 a 35	16

Tabella 4

LIVELLO B	
punti	max ore
da 36 a 45	20
da 46 a 55	25
da 56 a 65	30

Tabella 5

LIVELLO C	
punti	max ore
da 66 a 75	33
da 76 a 89	36
da 90 a 100	40

Cognome e Nome dei compilatori della SCHEDA di VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE - DISABILI

Cognome e Nome	Ruolo	Firma

Data_____

Firma dell'utente o familiare presente alla compilazione della scheda.

.....

Città di Fiumicino

SCHEDE DI VALUTAZIONE PER IL CONTRIBUTO DI SOLLIEVO

DATI ANAGRAFICI

Cognome	Nome
---------	------

Data di nascita | | | | | | | | **Luogo di nascita**

Cittadinanza **Sesso** ☐ maschio ☐ femmina

[illegible]

Residenza in Via/P.zza N.

Comune **Provincia**

Telefono	Cell.
----------	-------

INIZIATIVA DELLA DOMANDA

- ☐ propria
- ☐ familiare o affine
- ☐ medico di base
- ☐ amministratore di sostegno/tutore/curatore
- ☐ altro soggetto: _____

CHI FORNISCE RISPOSTE ALLA SCHEDA DI VALUTAZIONE

Cognome	Nome
---------	------

Residenza in Via/P.zza	N.
------------------------	----

Comune **Provincia**

Telefono	Cell.

Grado di parentela

EVENTUALE PERSONA INCARICATA DI TUTELA GIURIDICA	
Cognome _____	Nome _____
Residenza in Via/P.zza _____ N. _____	
Comune _____	Provincia _____
Telefono _____	Cell. _____
Ruolo _____	

PROFILO PERSONALE	
Stato Civile	
☐ celibe/nubile ☐ coniugato/a ☐ separato/a	☐ divorziato/a ☐ vedovo/a ☐ convivente ☐ non dichiarato
Titolo di Studio	
☐ laurea magistrale/laurea specialistica ☐ diploma di laurea/laurea di I livello ☐ diploma media superiore ☐ qualifica professionale Specificare _____ _____	☐ licenza media inferiore ☐ licenza elementare ☐ nessuno ☐ non dichiarato
Condizione Lavorativa	
☐ occupazione stabile ☐ occupazione temporanea ☐ occupazione precaria <i>L'occupazione è di tipo:</i> ☐ dipendente ☐ indipendente Specificare _____ _____	☐ disoccupato/a ☐ pensionato/a ☐ cassintegrato/a

INVALIDITÀ
☐ Invalidità civile - Grado di invalidità % _____
☐ Pensione di invalidità
☐ Pensione di reversibilità
☐ Indennità di accompagnamento
☐ Legge 104/92, art. 3, comma 3
☐ Indennità di frequenza

RETE FAMILIARE
Numero componenti del nucleo familiare: _ _
L'utente vive
☐ Solo
☐ Solo con minore/i
☐ Solo con assistente familiare (badante)
☐ Con un solo familiare adulto che lavora *
☐ Con un solo familiare adulto
☐ Solo con badante e familiare attiguo
☐ Con un solo familiare e assistente familiare (badante)
* <i>Il solo familiare adulto è impossibilitato a prestare assistenza a causa di impegni esterni finalizzati alla sussistenza del nucleo.</i> <i>Qualora l'assistente familiare sia pagato con il contributo dell'assistenza indiretta l'utente va considerato SOLO.</i>

RELAZIONE CLINICA

RELAZIONE SOCIALE

Cognome e Nome dei compilatori della SCHEDA di VALUTAZIONE PER IL CONTRIBUTO DI SOLLIEVO

Cognome e Nome	Ruolo	Firma

Data _____

Firma dell'utente o familiare presente alla compilazione della scheda.

.....

Città di Fiumicino
Servizio Assistenza Domiciliare Indiretta (S.A.D.I.)

BISOGNI ASSISTENZIALI

SCHEDA DI RILEVAZIONE

CURA DELLA PERSONA

Indicare quali sono i bisogni assistenziali di cui l'utente necessita. È possibile indicare più di un bisogno

- ☐ igiene personale
- ☐ preparazione pasti
- ☐ assunzione pasti
- ☐ aiuto nel vestire
- ☐ deambulazione assistita
- ☐ controllo terapia farmacologica
- ☐ altro, specificare _____
- _____

CURA DELL'AMBIENTE

Indicare quali sono i bisogni assistenziali di cui l'utente necessita. È possibile indicare più di un bisogno

- ☐ pulizia della casa
- ☐ aiuto domestico quotidiano
- ☐ cura dell'andamento della casa (lavanderia, cambio lenzuola/asciugamani, ecc.)
- ☐ altro, specificare _____
- _____

ATTIVITÀ EXTRAMURARIE

Indicare quali sono i bisogni assistenziali di cui l'utente necessita. È possibile indicare più di un bisogno

- ☐ ritiro pensione / retribuzione da lavoro / altri oneri economici
- ☐ medico di base / visite specialistiche / strutture sanitarie
- ☐ ufficio postale / banca
- ☐ farmacia / supermercati / mercato zonale / negozi di abbigliamento / parrucchiere, ecc.
- ☐ altro, specificare _____

ATTIVITÀ SOCIALIZZANTI / MOBILITÀ

Indicare quali sono i bisogni assistenziali di cui l'utente necessita. È possibile indicare più di un bisogno

- ☐ scuola / lavoro
- ☐ attività ricreative
- ☐ attività socio culturali
- ☐ altro, specificare _____

LIVELLO D'INTENSITÀ ASSISTENZIALE		
Punti da 20 a 35	Punti da 36 a 65	Punti da 66 a 100
☐ A	☐ B	☐ C

Punti	Ore

Il piano assistenziale tende al raggiungimento dei seguenti obiettivi	
☐	Favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita
☐	Supportare le attività della vita quotidiana in presenza di compromissione grave dei livelli di autosufficienza
☐	Assicurare il servizio di aiuto personale, in integrazione con le risorse personali, familiari e sociali dell'utente
☐	Attività di Accompagnamento
☐	Sostenere il nucleo familiare e chi si prende cura della persona con disabilità

Tipologia degli interventi	
☐	Aiuto nella cura della persona (sollevamento dal letto alla carrozzina e viceversa, aiuto nel lavarsi, vestirsi, svestirsi, aiuto per la doccia o il bagno, eventuale cambio del pannolone, aiuto nella deambulazione, somministrazione dei pasti).
☐	Aiuto nella cura del proprio ambiente personale (pulizia ambienti utilizzati dall'utente, acquisto generi prima necessità e preparazione dei pasti).
☐	Attività per lo sviluppo, recupero e mantenimento di abilità nell'ambito dell'autosufficienza (lavarsi, vestirsi, svestirsi, muoversi, alimentarsi, preparazione dei pasti, curare il proprio ambiente personale).
☐	Accompagnamento a centri di terapia o servizi sanitari, ad attività culturali, formative, sportive e ricreative.
☐	Altri interventi personalizzati elaborati in fase di valutazione e programmazione

Fascie ISEE			% compartecipazione al costo del servizio da parte dell'utente	Costo orario	Ore settimanali	Importo contributo settimanale	N.ro settimane trimestre	Totale contributo trimestre
1	€ 0,00	€ 16.000,00	0					
2	€ 16.000,01	€ 20.000,00	15%					
3	€ 20.000,01	€ 25.000,00	30%					
4	€ 25.000,01	€ 30.000,00	50%					
5	€ 30.000,01	€ 36.000,00	75%					
6	€ 36.000,01	oltre	100%					

Il Contributo economico del S.A.D.I. è finalizzato a contribuire ai costi sostenuti dagli utenti che usufruiscono del servizio (inclusi oneri assicurativi, previdenziali ed assicurativi) alla realizzazione di un progetto di aiuto alla persona eseguito da personale scelto direttamente dagli assistiti attraverso l'instaurazione di un rapporto di lavoro a norma dei CCNL di categoria vigenti.

Cognome e Nome dei compilatori del P.A.I.		
Cognome e Nome	Ruolo	Firma

L'utente e/o i familiari si impegnano a concordare con il Servizio Sociale eventuali variazioni di programma.

Firma dell'utente o familiare _____

Data _____

VISTO DEL DIRIGENTE
Firma del Dirigente _____ Data _____

ATTO D'IMPEGNO
PER LA REALIZZAZIONE DEL PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE
GESTITO IN FORMA INDIRECTA

Premessa

Verificata la disponibilità di idonee risorse economiche, viene definito un piano d'intervento individuale.

Il piano deve essere specifico per i bisogni da soddisfare, di tutela della parte più debole, di aiuto a superare stati di dipendenza.

Nella definizione del piano viene stabilita di comune accordo la modalità di attuazione dell'intervento.

È possibile accedere a forme di assistenza indiretta quando il progetto individuale richiede prestazioni inerenti il superamento di stati di non autosufficienza, relativi a situazioni personali che impediscono lo *svolgimento di una o più funzioni essenziali della vita* (cura e mantenimento del proprio corpo, interventi nella sfera motoria e sensoriale, interventi per l'alimentazione, per l'igiene della persona e dell'ambiente di vita, per la mobilità e di supporto nello svolgimento delle attività di ordine materiale in ambito familiare).

Preso atto di quanto sopra esposto:

Il/La sottoscritto/a.....	
Data di nascita __ _ _ _ _ _ _ _ _	Luogo di nascita _____
Codice Fiscale __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Residenza in Via/P.zza _____ N. _____	
Telefono _____	Cell. _____

ha presentato una richiesta di fruizione di un servizio di aiuto personale in forma indiretta.

Il Comune di Fiumicino nel rispetto della normativa vigente e verificata la disponibilità di idonee risorse finanziarie sul bilancio comunale, con Determinazione Dirigenziale n. del ha autorizzato l'accesso al servizio di assistenza domiciliare gestita in forma indiretta e conseguentemente all'erogazione di un contributo economico al costo del servizio pari ad euro _____ settimanali da erogare secondo le modalità disposte dall'articolo 16 del Regolamento Comunale per il "Servizio di Assistenza Domiciliare Indiretta" del _____ n. _____.

Pertanto il sottoscritto si impegna ad utilizzare tale somma concessa dall'Amministrazione quale contributo economico per l'assistenza alla persona in forma indiretta così come di seguito specificato.

Il Servizio di aiuto alla persona gestito in forma indiretta viene realizzato secondo il piano assistenziale individuale preventivamente concordato e firmato dal Comune e dal sottoscritto e gestito in forma indiretta, con verifica dell'efficacia dell'intervento.

Il sottoscritto si impegna a presentare, con cadenza trimestrale, la rendicontazione delle spese sostenute. Il Comune a seguito di verifica della documentazione provvede alla erogazione del contributo con cadenza trimestrale.

Inoltre:

- 1) il sottoscritto è libero di scegliere i propri assistenti personali direttamente e/o indirettamente, per mezzo di organizzazioni di sua fiducia;
- 2) è informato ed accetta che il contributo economico non verrà erogato per i rapporti di lavoro instaurati con i familiari indicati all'articolo 433 codice civile nonché i conviventi;
- 3) si impegna a regolarizzare il rapporto con i propri assistenti personali mediante un contratto di lavoro di categoria nel rispetto della normativa vigente;
- 4) accetta che sia a proprio carico ogni onere assicurativo, previdenziale e assistenziale riguardante gli operatori impegnati nelle attività assistenziali, fornendo la necessaria documentazione.

- 5) si impegna a stipulare idonea polizza assicurativa a favore degli operatori impegnati nel servizio, sollevando l'Amministrazione Comunale da ogni onere e responsabilità relativamente all'osservanza di disposizioni di legge e regolamenti e per qualsiasi azione od omissione;
- 6) si impegna a non destinare i contributi economici ottenuti ad altri scopi diversi dal servizio di cui al presente atto.

Il sottoscritto riconosce all'Amministrazione Comunale il pieno esercizio di vigilanza e controllo sull'osservanza del presente atto d'impegno.

Data

Firma dell'utente

INFORMATIVA IN MATERIA DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

La vigente normativa, dettata dal D.Lgs 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni, prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, consentendo il trattamento di quelli necessari all'assolvimento di obblighi di legge o contrattuali.

In particolare, per l'erogazione da parte dell'Amministrazione dei servizi di cui trattasi, concernenti finalità di rilevante interesse pubblico, si fa riferimento alla seguente normativa:

L. 104/1992, L. 266/1991, L. 381/1991, L. 328/2000, L.R. 80/1988, L.R. 38/1996.

Con riferimento agli artt. 7, 11, 13, 22 e 28 del citato decreto legislativo, il trattamento dei dati personali e dei dati sensibili del soggetto interessato al servizio (dei familiari o conviventi), nei limiti su indicati, sarà improntato a principi di correttezza, legalità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dei soggetti interessati. Il loro utilizzo in attività correlate, resta sempre subordinato alla compatibilità con lo scopo istituzionale. A tal fine i dati, potranno essere comunicati agli organismi gestori dei servizi medesimi, sempre nel rispetto della citata normativa.

Finalità del trattamento

Il trattamento dei dati personali ha le seguenti finalità:

- redigere schede, modelli e quant'altro necessario previsto dalle procedure per l'accesso e l'erogazione dei servizi sociali;
- finalità amministrativo contabili;
- informazioni ad organi preposti alla vigilanza in materia socio-sanitaria, polizia giudiziaria e per ragioni ispettive;
- tutela dei diritti in sede giudiziaria;
- adempimento delle operazioni strettamente connesse e strumentali alla gestione del rapporto.

Responsabile

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196 del 30 giugno 2003 si precisa che il responsabile dei relativi specifici trattamenti è il Dirigente dei Servizi Sociali.

Firma per presa visione



CITTÀ DI FIUMICINO
(PROVINCIA DI ROMA)



**DOMANDA PER IL SERVIZIO DI ASSISTENZA
INDIRETTA DISABILI GRAVI**

Allegato E

DATI ANAGRAFICI:

Cognome _____ - Nome _____

Data di Nascita ____/____/____ Luogo di Nascita _____

Provincia _____ Residenza _____

Indirizzo _____ Località _____

CAP _____ Telefono _____ Sesso ☐ M ☐ F

Stato civile _____ Nazionalità _____

Medico di base _____

PERSONA REFERENTE DELL'UTENTE:

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____ Località _____

Grado di parentela _____ Telefono _____

CONDIZIONE DELL'UTENTE:

1. In grado di autodeterminarsi SI ☐ NO ☐

2. Amministratore di sostegno SI ☐ NO ☐

se SI, indicare Nominativo _____ Telefono _____

3. Tutore SI ☐ NO ☐

se SI, indicare Nominativo _____ Telefono _____

4. Persona che usufruisce di permessi/congedi legati a legge 104/1992 SI ☐ NO ☐

se SI, indicare Nominativo _____ Telefono _____

CONDIZIONE ECONOMICA:

ISEE del nucleo familiare (ai fini dell'accesso al servizio)

pari a € |

INVALIDITÀ

L'utente è titolare di:

Pensione sociale ☐ pari a _____

Assegno accompagnamento ☐ pari a _____

Pensione Invalidità ☐ pari aPensione Reversibilità ☐ pari a

Invalidità civile nella percentuale del

Per la seguente motivazione:

[illegible]

CONDIZIONE ABITATIVA:

- ☐ Affitto
- ☐ Alloggio pubblico assegnato
- ☐ Usufrutto
- ☐ Nuda proprietà
- ☐ Proprietà o uso gratuito

se in affitto, canone mensile pari a € _____

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE:

Cognome e Nome	Grado di parentela	Età	Professione

Eventuale presenza di patologie di uno o più componenti del nucleo familiare (specificare):

1. _____
2. _____
3. _____

PARENTELA E VICINATO:

Parenti disponibili SI ☐ NO ☐

Vicini disponibili SI ☐ NO ☐

RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI (l'utente usufruisce di):

1. Assistenza domiciliare SI ☐ NO ☐

se SI, specificare quante ore settimanali _____

2. Cad SI ☐ NO ☐

3. Servizio disabili adulti Asl SI ☐ NO ☐

4. Dipartimento salute mentale SI ☐ NO ☐

5. Altro SI ☐ NO ☐

se SI, specificare _____

FREQUENZA CENTRI DIURNI:

SI ☐ NO ☐

Se SI, specificare giorni e orari di frequenza _____

FREQUENZA CENTRI RIABILITATIVI:

SI ☐ NO ☐

Se SI, specificare giorni e orari di frequenza _____

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:

1. Fotocopia del certificato di Invalidità civile;
2. Fotocopia del certificato attestante la tipologia di handicap ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della Legge 104/1992;
3. ISEE nucleo familiare;
4. Fotocopia Carta d'Identità;
5. Dichiarazione d'impegno a stipulare regolare contratto di lavoro.

Il/La sottoscritto/a consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, dichiara, sotto la propria responsabilità che le dichiarazioni date nel presente prospetto sono conformi al vero.

Il/La sottoscritto/a si impegna, inoltre, in caso di accoglimento della presente richiesta a segnalare non oltre il 30 giorno dal suo verificarsi, qualsiasi variazione di quanto dichiarato nella presente.

Il/la sottoscritto/a si impegna ad accettare eventuali visite domiciliari da parte dell'Assistente Sociale del Comune e della Asl di Fiumicino.

Firma del dichiarante

Fiumicino, lì

Il/La sottoscritto/a _____ ha presentato domanda di Servizi alla persona per il/la sig./ra _____ in data _____

Firma del dichiarante

Firma dell'Operatore dell'Ufficio



CITTÀ DI FIUMICINO

(PROVINCIA DI ROMA)



AREA AVVOCATURA E AFFARI GENERALI
SERVIZI SOCIALI

Allegato F

ATTO D'IMPEGNO PER L'UTILIZZO DEL CONTRIBUTO DI SOLLIEVO

Il **Contributo di Sollievo** è un intervento consistente nell'erogazione di una somma di denaro, finalizzato a rafforzare la permanenza delle persone fragili nel rispettivo ambiente familiare e sociale, attraverso la valorizzazione delle risorse familiari. Si pone quale riconoscimento del lavoro di cura ed assistenza svolto dalle famiglie o da altri caregivers, limitando così il ricorso alle strutture residenziali.

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita Luogo di nascita _____

Cittadinanza _____ Sesso ☐ maschio ☐ femmina

Codice Fiscale

Residenza in Via/P.zza _____ N. _____

Comune _____ Provincia _____

Telefono _____ Cell. _____

Diagnosi (da Legge 104/92 o/e da verbale d'invalidità)

Ai fini della quantificazione del Contributo di Solievo indicare l'importo ISEE del nucleo familiare: _____ e individuare la fascia di appartenenza nella seguente Tabella 1.

Sulla base della fascia ISEE di appartenenza il contributo di sollievo è pari ad euro _____ mensili.

Tabella 1

Fasce ISEE			Importo contributo
1	€ 0,00	€ 16.000,00	
2	€ 16.000,01	€ 20.000,00	
3	€ 20.000,01	€ 25.000,00	
4	€ 25.000,01	€ 30.000,00	
5	€ 30.000,01	€ 36.000,00	
6	€ 36.000,01	oltre	

Il Contributo di Solievo è un sostegno economico destinato alle persone in situazione di disabilità gravissima che può essere erogato direttamente alla persona disabile, alla sua famiglia o ad altre persone che assistono il disabile.

Con tale contributo si intende sostenere la scelta della persona non autosufficiente di continuare a vivere nel proprio domicilio e supportare la famiglia nel carico assistenziale e di cura della persona non autonoma. Il contributo di sollievo, pertanto, è alternativo all'inserimento in una struttura residenziale.

Il contributo economico deve essere finalizzato all'assunzione o all'integrazione di personale, che svolga un servizio di assistenza alla persona e che dia sollievo al carico assistenziale della famiglia. Il reperimento dell'assistente personale è elemento fondamentale. La famiglia sceglie l'assistente e ne concorda mansioni, orari e retribuzioni nel rispetto dei vigenti CCNL di categoria.

L'Amministrazione potrà erogare il Contributo di Solievo solo previa specifica disponibilità di risorse economiche sul bilancio comunale.

Preso atto di quanto sopra esposto:

Il/La sottoscritto/a.....	
Data di nascita _ _ _ _ _ _ _ _	Luogo di nascita _____
Codice Fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Residenza in Via/P.zza _____ N. _____	
Telefono _____ Cell. _____	

ha presentato una richiesta di fruizione di un servizio di aiuto personale in forma indiretta.

Il Comune di Fiumicino nel rispetto della normativa vigente e verificata la disponibilità di idonee risorse finanziarie sul bilancio comunale, con Determinazione Dirigenziale n. _____ del _____ ha autorizzato l'accesso al servizio di assistenza domiciliare gestita in forma indiretta e conseguentemente all'erogazione di un Contributo economico di Solievo pari ad euro _____ mensili da erogare secondo le modalità disposte dall'articolo 16 del Regolamento Comunale per il "Servizio di Assistenza Domiciliare Indiretta e per l'erogazione del Contributo di Solievo" del _____ n. _____.

Pertanto il sottoscritto s'impegna ad utilizzare tale somma concessa dall'Amministrazione quale contributo economico per l'assistenza alla persona in forma indiretta così come di seguito specificato.

Il sottoscritto si impegna a presentare, con cadenza trimestrale, la rendicontazione delle spese sostenute. Il Comune a seguito di verifica della documentazione provvede alla erogazione del contributo con cadenza trimestrale.

Inoltre:

- 1) il sottoscritto è libero di scegliere i propri assistenti personali direttamente e/o indirettamente, per mezzo di organizzazioni di sua fiducia;

- 2) è informato ed accetta che il contributo economico non verrà erogato per i rapporti di lavoro instaurati con i familiari indicati all'articolo 433 codice civile nonché i conviventi;
- 3) si impegna a regolarizzare il rapporto con i propri assistenti personali mediante un contratto di lavoro di categoria nel rispetto della normativa vigente;
- 4) accetta che sia a proprio carico ogni onere assicurativo, previdenziale e assistenziale riguardante gli operatori impegnati nelle attività assistenziali, fornendo la necessaria documentazione.
- 5) si impegna a stipulare idonea polizza assicurativa a favore degli operatori impegnati nel servizio, sollevando l'Amministrazione Comunale da ogni onere e responsabilità relativamente all'osservanza di disposizioni di legge e regolamenti e per qualsiasi azione od omissione;
- 6) si impegna a non destinare i contributi economici ottenuti ad altri scopi diversi dal servizio di cui al presente atto.

Il sottoscritto riconosce all'Amministrazione Comunale il pieno esercizio di vigilanza e controllo sull'osservanza del presente atto d'impegno.

Inoltre, il sottoscritto e/o i familiari si impegnano a concordare con il Servizio Sociale eventuali variazioni di programma.

Data _____

Firma dell'utente o familiare _____

INFORMATIVA IN MATERIA DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

La vigente normativa, dettata dal D.Lgs 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni, prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, consentendo il trattamento di quelli necessari all'assolvimento di obblighi di legge o contrattuali.

In particolare, per l'erogazione da parte dell'Amministrazione dei servizi di cui trattasi, concernenti finalità di rilevante interesse pubblico, si fa riferimento alla seguente normativa:

L. 104/1992, L. 266/1991, L. 381/1991, L. 328/2000, L.R. 80/1988, L.R. 38/1996 .

Con riferimento agli artt. 7, 11, 13, 22 e 28 del citato decreto legislativo, il trattamento dei dati personali e dei dati sensibili del soggetto interessato al servizio (dei familiari o conviventi), nei limiti su indicati, sarà improntato a principi di correttezza, legalità, trasparenza, tutela della riservatezza e dei diritti dei soggetti interessati. Il loro utilizzo in attività correlate, resta sempre subordinato alla compatibilità con lo scopo istituzionale. A tal fine i dati, potranno essere comunicati agli organismi gestori dei servizi medesimi, sempre nel rispetto della citata normativa.

Finalità del trattamento

Il trattamento dei dati personali ha le seguenti finalità:

- redigere schede, modelli e quant'altro necessario previsto dalle procedure per l'accesso e l'erogazione dei servizi sociali;
- finalità amministrativo contabili;
- informazioni ad organi preposti alla vigilanza in materia socio-sanitaria, polizia giudiziaria e per ragioni ispettive;
- tutela dei diritti in sede giudiziaria;
- adempimento delle operazioni strettamente connesse e strumentali alla gestione del rapporto.

Responsabile

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196 del 30 giugno 2003 si precisa che il responsabile dei relativi specifici trattamenti è il Dirigente dei Servizi Sociali.

Data _____

Firma dell'utente per presa visione _____

VISTO DEL DIRIGENTE

Firma del Dirigente _____

Data _____