

#### **Articolo 24- Valore economico del servizio di pedicure a domicilio**

1. Il valore economico della prestazione è determinato con riferimento alla tariffa massima per intervento il cui importo è definito con atto della Giunta Esecutiva della Società della Salute. Il livello di compartecipazione rispetto alla tariffa massima è determinato sulla base della situazione economica dell'utente, secondo le modalità di cui ai successivi articoli 28 e seguenti.
2. 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.

#### **Articolo 25- Descrizione e caratteristiche del servizio di tele-assistenza**

1. Il servizio, basato sull'utilizzo di sistemi tecnologici e dispositivi installati presso il domicilio dell'utente e una o più centrali operative, ha la finalità, in collaborazione con la rete dei servizi sociosanitari 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:
  - dispositivi per monitorare e comunicare con la persona per intercettare condizioni potenzialmente critiche al fine di consentire ai servizi di intervenire con azioni proattive;
  - l'attivazione dei competenti servizi della rete territoriale per i casi in cui si ravvede la necessità di intervento;
  - la prevenzione e il superamento della solitudine quale causa comprimaria della graduale perdita di autosufficienza nella popolazione anziana;
  - il supporto e l'orientamento all'utente per l'attivazione dei servizi della rete"
2. Il servizio di teleassistenza è organizzato in quattro moduli che si differenziano per frequenza e tipologia di chiamata:

Modulo A) servizio sorveglianza attiva (ad intensità variabile in base alle condizioni di rischio): si tratta di un servizio che garantisce un monitoraggio costante (tramite contatto telefonico e/o visita domiciliare), in favore di quegli anziani, di norma ultrasettantacinquenni, in condizione di fragilità o non autosufficienza segnalate dai medici di medicina generale e/o dai servizi sociali e sanitari, inclusa eventualmente l'UVM.

L'intervento attivo di monitoraggio si realizza di norma con cadenza settimanale, intensificandosi in monitoraggio più frequente, anche giornaliero, nei periodi di rischio identificati come tali secondo i protocolli e gli indirizzi definiti dalla Società della Salute.

Modulo B) servizio di teleassistenza a bassa intensità:

- fornitura della strumentazione domiciliare attiva h 24 7/7 che consente invio di richieste di contatto in caso di necessità;
- contatto programmato con chiamate MENSILI di monitoraggio e conforto che consente la contestuale intercettazione di eventuali bisogni della persona;
- risposta alle richieste di contatto 24 ore al giorno per 365 giorni anno. Supporto per l'attivazione della rete dei servizi e/o qualora necessario dei soccorsi (118, VVFF, etc.).

Modulo C) servizio di teleassistenza a media intensità:

- fornitura della strumentazione domiciliare attiva h 24 7/7 che consente invio di richieste di contatto in caso di necessità;
- contatto programmato con chiamate SETTIMANALI di monitoraggio e conforto che consente la contestuale intercettazione di eventuali bisogni della persona;
- risposta alle richieste di contatto 24 ore al giorno per 365 giorni anno. Supporto per l'attivazione della rete dei servizi e/o qualora necessario dei soccorsi (118, VVFF, etc.).

Modulo D) servizio di teleassistenza ad alta intensità:

- fornitura della strumentazione domiciliare attiva h 24 7/7 che consente invio di richieste di contatto in caso di necessità;
- contatto programmato con chiamate GIORNALIERE di monitoraggio e conforto che consente la contestuale intercettazione di eventuali bisogni della persona, oltre al servizio giornaliero di promemoria per la corretta assunzione dei farmaci;
- risposta alle richieste di contatto 24 ore al giorno per 365 giorni anno Supporto per l'attivazione della rete dei servizi e/o qualora necessario dei soccorsi (118, VVFF, etc.)."

3. L'attivazione del servizio avviene tramite il competente servizio sociale, nell'ambito del progetto assistenziale personalizzato

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

#### **Articolo 26- Destinatari del servizio tele-assistenza**

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

#### **Articolo 27- Valore economico del servizio di tele-assistenza**

1. Il valore economico della prestazione è determinato con riferimento al canone massimo mensile di ciascun modulo il cui importo è definito con atto della Giunta Esecutiva della Società della Salute. Il livello di compartecipazione rispetto al canone massimo è determinato sulla base della situazione economica dell'utente, secondo le modalità di cui ai successivi articoli 28 eseguenti.

#### **Articolo 28 - Concorso del titolare del PAP alla copertura del valore economico del pacchetto di prestazioni sociali agevolate**

1. Il pacchetto di prestazioni derivante dalla definizione del PAP può comporsi sia di servizi erogati in natura, che di interventi economici. Il livello di concorso dell'utente alla copertura del valore economico del pacchetto di prestazioni deve essere rideterminato, secondo le modalità indicate ai precedenti, con cadenza biennale, con decorrenza dal 1° luglio di ogni anno dispari con riferimento a una dichiarazione ISEE in corso di validità. In caso di prestazione temporanea con scadenza successiva al 30 giugno di un anno dispari, la relativa agevolazione è confermata fino alla scadenza della prestazione stessa e deve essere aggiornata, se non determinata nel corso dello stesso anno, solo in caso di prosecuzione o successiva riattivazione. Qualora, all'avvio di una prestazione a seguito dello scorrimento della relativa lista di attesa, l'eventuale agevolazione precedentemente determinata per la stessa tipologia di prestazione risulti, secondo la scadenza su indicata, da aggiornare,

l'agevolazione stessa può essere considerata valida ed applicabile per un tempo di 60 giorni, entro il quale l'utente deve provvedere all'aggiornamento in base a una dichiarazione ISEE in corso di validità.

2. Ai sensi dell'articolo 47 della legge regionale n. 41/05 e ss.mm.ii, il concorso è determinato indipendentemente dall' Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE), così come definito e disciplinato dal d.p.c.m.n.159/13.
3. In caso di prestazioni di natura sociosanitaria riconducibili alla definizione di cui all'articolo 1, comma 1, lettera f), del d.p.c.m. n. 159/13, l'ISEE è determinato con riferimento alle modalità di cui all'articolo 6 del d.p.c.m.stesso.
4. Il livello di concorso alla copertura del valore economico del pacchetto di prestazioni viene determinato a seguito di apposita istanza contenente dichiarazioni ai sensi degli articoli 46 e 47 del d.p.r.n.445/00 in merito all'ISEE in corso di validità e alle ulteriori informazioni che dovessero risultare necessarie.
5. 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.
6. Qualora, per la dimensione della relativa lista d'attesa tutte le prestazioni previste dal pacchetto e le eventuali prestazioni alternative non potessero essere 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.
7. Qualora per ragioni di urgenza la persona assistita non avesse la possibilità di presentare le dichiarazioni necessarie per il calcolo del livello di concorso alla copertura del valore economico del pacchetto prima dell'avvio delle prestazioni, il Comune riconosce un'agevolazione provvisoria pari all'intero valore delle prestazioni stesse per un periodo massimo di 60 giorni, trascorsi i quali, in assenza delle suddette dichiarazioni l'intero valore viene considerato a carico della persona assistita. L'intervento si configura come anticipazione che la persona assistita è tenuta a rimborsare una volta determinato il livello di concorso a suo carico. Il presente comma non si applica alle prestazioni che prevedono l'erogazione di contributi economici.
8. Qualora prima dell'avvio delle prestazioni la persona assistita non sia in grado di produrre le dichiarazioni necessarie per il calcolo del livello di concorso alla copertura del valore economico del pacchetto, il Comune riconosce un'agevolazione provvisoria pari all'intero valore delle prestazioni stesse. L'intervento si configura come anticipazione che la persona assistita è tenuta a rimborsare una volta nominato il soggetto chiamato a esercitarne la tutela giuridica e, conseguentemente, determinato il livello di concorso posto a suo carico. A tal fine, entro 45 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione inviata in merito dal Comune il soggetto chiamato a esercitare la tutela giuridica della persona assistita deve presentare l'istanza di determinazione del livello di concorso corredata delle necessarie dichiarazioni. Il presente comma non si applica alle prestazioni che prevedono l'erogazione

di contributi economici.

9. Il Comune si riserva la facoltà di richiedere una nuova dichiarazione ISEE in caso di variazione del nucleo familiare del titolare del PAP, ai sensi dell'art.10, comma 2, del d.p.c.m.n.159/13.

#### **Articolo 29- Modalità di calcolo della prestazione sociale agevolata**

1. Il concorso del titolare del PAP alla copertura del valore economico del pacchetto di prestazioni nel periodo di riferimento avviene a partire da valori ISEE superiori a una soglia stabilita con atto della Giunta Esecutiva della Società della Salute (di seguito soglia di esenzione).
2. Il titolare del PAP è tenuto alla copertura dell'intero valore economico del pacchetto di prestazioni in caso di ISEE superiore a una soglia stabilita con atto della Giunta Esecutiva della Società della Salute (di seguito 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) qualora disponga di un Indicatore della Situazione Patrimoniale Equivalente (ISPE), calcolato dividendo l'Indicatore della Situazione Patrimoniale (ISP) per il coefficiente della scala di equivalenza relativo al nucleo familiare, di valore superiore all'importo stabilito con atto della Giunta Esecutiva della Società della Salute.
3. Per valori ISEE compresi tra la soglia di esenzione e quella di massimo concorso 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'ISEE e la soglia di esenzione alla differenza tra la soglia di massimo concorso e la soglia di esenzione, come rappresentato nella formula seguente:

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

4. In caso di proprietà della casa di abitazione di categoria, diversa da A1, A8 o A9, di valore ai fini IMU eccedente la detrazione stabilita all'art. 5, comma 2, del d.p.c.m. n. 159/13, dal valore ISEE e dal valore ISPE si sottrae la quota parte determinata dalla suddetta eccedenza, nei limiti dell'importo stabilito con atto della Giunta Esecutiva della Società della Salute.
5. Il concorso del titolare del PAP per unità di prestazione (ora di assistenza domiciliare, pasto consegnato, retta giornaliera del centro diurno, importo mensile del contributo per assistenti familiari, ecc.) viene determinato moltiplicando il coefficiente calcolato 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.
6. Per le prestazioni di cui agli artt. 22 (pedicure a domicilio) e 25 (tele-soccorso e tele-assistenza), il concorso del titolare del PAP è considerato pari a zero qualora dal calcolo effettuato emerga un importo per unità di prestazione inferiore a €1,00. L'importo dei contributi di cui agli artt.10 (contributi per assistenti familiari) e 13 (contributi di sostegno alle cure familiari) è considerato pari a zero qualora dal calcolo di cui al comma 5 derivi un

importo inferiore a €20,00 mensili.

7. Nelle more della revisione complessiva della disciplina ISEE, ai titolari di PAP con valori ISEE compresi tra €7.500,00 ed €12.000,00 il concorso alla copertura del valore economico del pacchetto di prestazioni viene percentualmente ridotto sulla base della seguente formula:

$$\text{Percentuale di riduzione} = 15\% * (1 - (\text{valore ISEE} - 7.500) / (12.000 - 7.500))$$

#### **Articolo 30- Presenza di più assistiti nel nucleo familiare**

1. In presenza di più beneficiari facenti parte dello stesso nucleo familiare, così come individuato ai fini della determinazione dell'ISEE considerato, il concorso alla copertura del valore economico dei pacchetti di prestazioni da parte dei beneficiari stessi è determinato applicando una riduzione del 30% al relativo valore ISEE.

#### **Articolo 31- Deroghe in presenza di particolari situazioni di disagio socio economico**

1. In situazioni di particolare disagio socioeconomico che non trovano piena traduzione nella procedura di determinazione della prestazione sociale agevolata, la persona assistita può in qualsiasi momento presentare al Comune un'apposita istanza, con richiesta di rivalutazione della prestazione stessa in deroga ai criteri di cui al presente regolamento. La richiesta viene esaminata ed eventualmente autorizzata con Provvedimento del dirigente responsabile del budget, previa relazione con parere motivato non vincolante del servizio sociale professionale e a seguito di istruttoria dell'ufficio amministrativo competente. In presenza di utenti che presentano particolari difficoltà, personali o della propria rete familiare, nella presentazione dell'istanza, il procedimento può essere avviato d'ufficio dal servizio sociale professionale tramite apposita relazione motivata.

#### **Articolo 32- Liste d'attesa**

1. In caso di temporanea indisponibilità di risorse o di disponibilità finanziaria per una o più prestazioni componenti il pacchetto, l'utente è collocato in una lista d'attesa per l'attivazione effettiva delle singole prestazioni non disponibili, secondo una graduatoria determinata in base ai seguenti criteri:
  - A. per le prestazioni contributo per assistenti familiari e contributo di sostegno alle cure familiari, nonché per l'inserimento in centro diurno per anziani non autosufficienti o per anziani disturbi neuro-cognitivi, la posizione in lista d'attesa è determinata dal punteggio complessivo derivante dalla somma dei punteggi riferiti ai seguenti indicatori:
    - A1) livello di Isogravit :
      - Isogravit  5: punti 20;
      - Isogravit  4: punti 15;
      - Isogravit  3: punti 10;
    - A2) livello di IACA: il punteggio   determinato sottraendo a 40 il valore dello IACA;
    - A3) 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 .

In casi eccezionali, in base alla valutazione dell'UVM e successiva autorizzazione dei responsabili del budget, possono essere effettuati inserimenti in centro diurno in deroga alla lista d'attesa, con adeguata motivazione che evidenzia l'imprescindibilit ,

l'urgenza e l'indifferibilità della prestazione;

- B. per le altre prestazioni, la posizione in lista d'attesa è determinata dall'ordine cronologico di definizione del PAP. Tale data coincide con quella di definizione del PAP da parte dell'UVM/UVMD, o con la data di autorizzazione da parte del Responsabile della competente area professionale del servizio sociale nei casi in cui la prestazione non sia prevista in un PAP definito dalla UVM/UVMD. A parità di data, hanno la precedenza le persone più anziane d'età. Gli interventi destinati ad anziani di età pari o superiore a 65 anni non autosufficienti con livello di isogravità pari almeno a 3 o a persone di età inferiore a 65 anni in condizione di disabilità con necessità di sostegno elevato ai sensi della legge n. 104/92 hanno carattere di priorità nella lista d'attesa. Hanno precedenza rispetto alla lista d'attesa definita con le modalità di cui al presente punto i casi di urgenza proposti, con adeguata e circostanziata motivazione ricavabile da apposita relazione, dal servizio sociale o, in caso di non autosufficienza, dall'UVM previa autorizzazione dei responsabili del budget.
2. Nell'ambito delle liste definite con le suddette modalità, assumono carattere di maggiore priorità gli interventi destinati a persone già titolari di un PAP con ricovero non temporaneo in struttura residenziale di tipo assistenziale, con prestazione già attiva o inseriti in lista d'attesa, per le quali è stato definito un nuovo PAP con l'obiettivo del rientro o della permanenza a domicilio contenente le prestazioni di cui al presente regolamento.
  3. Le prestazioni che prevedono una ripartizione territoriale delle risorse possono avere una lista d'attesa per ogni area territoriale interessata.
  4. Per garantire la necessaria continuità assistenziale, le persone inserite in un centro diurno per anziani autosufficienti o in un centro diurno per persone con disabilità nell'ambito di un progetto assistenziale dei competenti servizi sociosanitari che siano titolari di un PAP che preveda l'inserimento in un centro diurno per anziani non autosufficienti o con disturbi cognitivi, hanno priorità d'accesso rispetto alla lista d'attesa.

### **Articolo 33 - Durata delle prestazioni e del livello di concorso e motivi di cessazione o sospensione**

1. Le prestazioni previste dai PAP decorrono dalla data in cui effettivamente erogate e hanno una durata non eccedente la scadenza del PAP, se stabilita.
2. Laddove ne sia derivata l'effettiva erogazione di una prestazione sociale agevolata, il livello di concorso dell'utente alla copertura del valore economico del pacchetto di prestazioni deve essere rideterminato, secondo le modalità indicate ai precedenti articoli 28 e seguenti, ogni anno entro il 30 aprile, con validità per i 12 mesi successivi.
3. Il livello di concorso dell'utente alla copertura del valore economico del pacchetto di prestazioni può comunque essere rideterminato in qualsiasi momento dietro istanza presentata dall'utente stesso o da chi ne esercita la tutela giuridica e collegata a un ISEE in corso di validità.
4. Tutte le prestazioni di cui al presente regolamento, fatte salve le precisazioni e le deroghe di cui al successivo comma 4 bis, 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 mutamento della condizione di bisogno socio sanitario 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.

4 bis. Con riferimento specifico ai contributi per assistenti familiari, anche finanziati con appositi bandi o fonti di finanziamento esterne, la cessazione del contributo, in caso di decesso della persona assistita, resta correlata alla cessazione del contratto di lavoro con l'assistente familiare, limitatamente alla mensilità in cui avviene il decesso. Se la cessazione avviene entro il 15° giorno del mese del decesso, il contributo relativo a quella mensilità non viene corrisposto; nel caso in cui sia successiva a tale data, il contributo verrà comunque corrisposto per l'intera mensilità.

Nel caso dei contributi di sostegno alle cure familiari, il diritto al contributo termina in caso di decesso della persona assistita; tuttavia nel caso in cui il decesso sia avvenuto entro il 15° giorno del mese, il contributo relativo a quella mensilità non verrà corrisposto; nel caso in cui sia successivo a tale data, il contributo relativo all'ultima mensilità verrà comunque corrisposto per intero.

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

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

<i>Prestazione</i>	<i>Ulteriori cause di cessazione</i>	<i>Cause di sospensione</i>
<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	- 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

<i>Prestazione</i>	<i>Ulteriori cause di cessazione</i>	<i>Cause di sospensione</i>
	<p>sospensione previsti.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> </ul>	<p>nuovo contratto, condizione che deve realizzarsi entro un massimo di ulteriori due mesi, trascorsi i quali, se la condizione persiste, la prestazione viene cessata.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> </ul>
<p><i>Contributo per assistenti familiari</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Verificata inadempienza rispetto agli oneri previdenziali e assicurativi, qualora non sanata entro 60 giorni dalla verifica.</li> <li>- 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.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> <li>- 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</li> </ul>

<i>Prestazione</i>	<i>Ulteriori cause di cessazione</i>	<i>Cause di sospensione</i>
		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"> <li>- Presenza di figure assistenziali retribuite in assenza di regolari contratti di lavoro o di acquisto servizi.</li> <li>- 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.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 viene ridotto in proporzione.</li> <li>- 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.</li> </ul>
<i>Centri diurni</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> </ul>
<i>Pasti a domicilio</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assenza dell'utente</li> </ul>
<i>Pedicure a domicilio</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assenza dell'utente</li> </ul>

<i>Prestazione</i>	<i>Ulteriori cause di cessazione</i>	<i>Cause di sospensione</i>
<i>Teleassistenza (limitatamente all'eventuale prestazione agevolata)</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.

#### **Articolo34 - Verifiche controlli**

1. 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.
2. 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 deve anche essere verificata da parte dei servizi territoriali competenti.
3. Gli Enti competenti effettuano controlli, anche a campione, sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva unica presentata 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.
4. L Gli Enti competenti si riserva di effettuare controlli in merito al rispetto di quant'altro previsto dal presente regolamento.

#### **Articolo35- Norme transitorie**

1. In fase di prima applicazione, nelle more dell'adozione del relativo atto da parte della Giunta Esecutiva della Società della Salute:
  - il valore della soglia di esenzione (articolo29, comma1)è stabilito in € 7.500,00;
  - il valore della soglia di massimo concorso (articolo 29,comma 2) è stabilito in €26.000,00;
  - il valore dell'ISPE (articolo29, comma 2) è stabilito in €75.000,00;
  - l'importo della maggiore detrazione dal valore ai fini IMU della casa di abitazione(articolo 29, comma 4) è stabilito in €40.000,00.
2. L'integrazione dei valori economici dei contributi indicati nella deliberazione della Giunta Esecutiva della Società della Salute n. 60/11 per tutti coloro che percepivano un Contributo per assistenti familiari o di sostegno alle cure familiari al 31 dicembre 2011, disposta per l'anno2012 con la deliberazione della Giunta Esecutiva della Società della Salute n. 5/12 e

prorogata per gli anni 2013 e 2014 rispettivamente con le deliberazioni della Giunta Esecutiva della Società della Salute n. 41/12 e n. 40/13, è prorogata a tempo indeterminato per i beneficiari ancora interessati, fino a esaurimento degli stessi.