

## **REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI SOCIALI E SOCIO SANITARIE PER LA DOMICILIARITÀ IN FAVORE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA IN CONDIZIONE DI FRAGILITÀ O DI NON AUTOSUFFICIENZA**

### **Articolo 1 - Oggetto e destinatari**

1. L'oggetto del presente regolamento è la definizione di un sistema integrato e coordinato di prestazioni per la domiciliarità finalizzato a fornire:
  - alla cittadinanza un insieme di servizi e prestazioni diversificate in relazione alla tipologia di bisogno espresso;
  - ai servizi sociosanitari professionali uno strumento più efficace per la costruzione e attuazione dei Progetti Assistenziali Personalizzati (PAP).
2. Il sistema di prestazioni disegnato dal presente regolamento è peculiarmente rivolto alla popolazione anziana in condizione di fragilità (intendendosi con tale termine la condizione di rischio di perdita di autonomia e/o di isolamento sociale) o di non autosufficienza (ai sensi della definizione di cui alla legge regionale n. 66/08). Tuttavia, come indicato nei paragrafi di dettaglio e laddove specificato, alcune prestazioni e le relative regole, considerata la loro natura trasversale, sono rivolte anche a persone non anziane che presentino condizioni di fragilità o di non autosufficienza.
3. Il presente regolamento è riservato ai cittadini residenti nel Comune di Firenze.

### **Articolo 2 - Principi generali**

1. La finalità principale del sistema di prestazioni per la domiciliarità disegnato con il presente regolamento consiste nel prevenire, rimuovere o contenere le cause che limitano l'autonomia della persona, mirando a mantenerla nel proprio ambiente di vita, con l'obiettivo di limitare/ritardare processi di istituzionalizzazione o emarginazione e di sostenere l'azione di cura della famiglia.
2. Tale sistema si fonda sulla logica dei pacchetti coordinati di prestazioni. Il lavoro per pacchetti consente, da un lato di definire e attuare PAP che siano costituiti da prestazioni coordinate e appropriate al bisogno, dall'altro di determinare il livello di concorso alla copertura del valore economico con riferimento all'intero pacchetto nella sua complessità e non alle singole prestazioni in modo distinto e scollegato.
3. In questo senso, i pacchetti altro non sono che un complesso coordinato di prestazioni che i servizi sociali professionali o, in caso di non autosufficienza, l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), nell'ambito dei PAP dagli stessi elaborati, individuano come necessari per rispondere a specifici bisogni e a determinati livelli di gravità della condizione di non autosufficienza. In questa logica, i possibili pacchetti sono potenzialmente tanti quante sono le possibili combinazioni tra le varie prestazioni per la domiciliarità, ivi compresa la possibilità di definire pacchetti mono-prestazione. Con atto della Giunta Esecutiva della Società della Salute possono tuttavia essere individuati criteri e limiti nell'individuazione delle prestazioni da inserire nei PAP.
4. I pacchetti, oltre a essere costituiti da una combinazione delle prestazioni di cui al presente regolamento, possono essere integrati e coordinati anche con ricoveri temporanei di sollievo in RSA e con interventi non considerati in questa sede, sia di natura sanitaria (quali, ad esempio, servizi infermieristici o riabilitativi), che di natura sociale (quali, ad esempio, gli interventi economici di assistenza sociale o i servizi di mensa), in un'ottica di piena integrazione sociosanitaria e di completezza e unitarietà della risposta.
5. In tale contesto, assume un ruolo centrale la famiglia, la quale, quando presente, non va considerata in modo passivo, come mera percettrice di prestazioni, ma come fulcro stesso di

una risposta articolata e responsabile rispetto a una situazione complessa di bisogno individuale e familiare.

### **Articolo 3 - Prestazioni**

1. Il presente regolamento è riferito ai servizi e alle prestazioni economiche finalizzate a favorire la permanenza nel proprio ambiente di vita delle persone in condizioni di fragilità o di non autosufficienza di seguito riepilogate:
  - assistenza domiciliare socioassistenziale;
  - contributo per assistenza domiciliare indiretta;
  - contributi per assistenti familiari;
  - contributi di sostegno alle cure familiari;
  - centri diurni;
  - pasti a domicilio;
  - pedicure a domicilio;
  - telesoccorso e teleassistenza.
2. Criteri e aspetti organizzativi ed economici di dettaglio riferiti alle prestazioni in argomento possono essere oggetto di ulteriore disciplina specifica nell'ambito degli accordi o delle convenzioni con soggetti gestori esterni o di regolamenti o atti di organizzazione interna per la gestione dei servizi comunali e/o dell'Azienda Sanitaria e/o della Società della Salute.

### **Articolo 4 - Descrizione e caratteristiche del servizio di assistenza domiciliare**

1. Il servizio di assistenza domiciliare (SAD) assicura una gamma di prestazioni assistenziali programmate mirate:
  - a) alla cura della persona nelle sue funzioni quotidiane;
  - b) all'aiuto nella cura dell'ambiente domestico;
  - c) al supporto logistico (disbrigo di pratiche, acquisto di generi alimentari, accompagnamento assistito, ecc.);
  - d) all'aiuto alla persona nelle pratiche di riattivazione funzionale o riabilitative su indicazione di figure professionali competenti;
  - e) alla realizzazione, quando strettamente necessari, di interventi di risanamento ambientale, con pulizia a fondo e/o piccole riparazioni nei locali dell'abitazione.
2. Il servizio ha una natura integrativa rispetto alle capacità e alle risorse personali e della rete familiare.
3. Il servizio può assicurare anche un'azione di tutoraggio in favore di utenti con bisogno complesso, qualora il PAP preveda la necessità di garantire tale forma di supporto integrativo in considerazione delle condizioni di particolare debolezza dell'utente e della sua famiglia.
4. La dimensione del servizio e i bisogni da coprire sono definiti in modo indicativo nel PAP, in considerazione della natura integrativa di tale prestazione rispetto alle capacità e alle risorse personali e della rete familiare. Il programma di attuazione del servizio, in termini di numero di ore e di accessi, nonché di specifiche attività da svolgere vengono definite, all'avvio e in corso di erogazione della prestazione, dal servizio sociale competente in raccordo con i responsabili del servizio, nell'ambito della programmazione operativa della prestazione, a seguito di proprie valutazioni tecniche e organizzative. Prestazioni con dimensione del servizio superiore a 18 ore settimanali possono essere previste solo in situazioni eccezionali, adeguatamente motivate, per le quali risulta impossibile ogni altro tipo di risposta assistenziale; in tal caso, il PAP indica la dimensione massima di riferimento. Le variazioni che comportino il passaggio da una fascia d'intensità a un'altra possono essere autorizzate dal servizio sociale competente, senza necessità, in caso di prestazioni rivolte ad anziani non autosufficienti, di una nuova valutazione da parte dell'UVM.

5. L'utente beneficiario del servizio è tenuto a collaborare per il pieno e corretto utilizzo, da parte dell'operatore domiciliare incaricato, degli strumenti predisposti per la registrazione degli interventi effettuati e della durata degli stessi, siano essi di natura cartacea o telematica.
6. Le assenze dell'utente devono essere comunicate tempestivamente all'Amministrazione e all'ente erogatore, se diverso, da parte dell'utente stesso o di chi ne fa le veci, con relativi motivi e durata prevista.
7. Qualora i servizi sociali professionali, previa apposita valutazione, ne rilevino la necessità, possono essere attivati interventi di pronto sociale domiciliare. Tali interventi intendono rispondere alle situazioni di emergenza o urgenza sociali e/o alle necessità di prima attivazione di servizi in attesa della definizione del PAP, anche nel quadro di percorsi di dimissione ospedaliera protetta. Gli interventi di pronto sociale domiciliare possono inoltre essere attivati anche in aggiunta a prestazioni già attive nell'ambito di un PAP, in presenza di situazioni di repentina variazione delle condizioni di bisogno alle quali occorre rispondere tempestivamente e in modo flessibile. Gli interventi di pronto sociale domiciliare intendono quindi rispondere a situazioni contingenti a carattere straordinario e, di norma, non possono durare oltre i 30 giorni. Nel caso in cui il bisogno non si esaurisca in tale termine, le prestazioni ulteriori che si dovessero rendere necessarie devono essere attivate tramite le ordinarie procedure di presa in carico. E' fatta salva la possibilità, se valutato opportuno dal servizio, di proseguire oltre i 30 giorni gli interventi di supporto leggero (commissioni, accompagnamenti, supporto relazionale, ecc.) che hanno natura sporadica.

#### **Articolo 5 - Destinatari del servizio di assistenza domiciliare**

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

#### **Articolo 6 - Valore economico del servizio di assistenza domiciliare**

1. Il valore economico della prestazione è determinato con riferimento a una tariffa massima oraria 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 delle ore del servizio effettivamente fruite anche se di quantità diversa da quella prevista dal PAP, in ragione dell'importo orario di compartecipazione determinato. Il pagamento può essere richiesto anche in caso di interventi non effettuati per assenza dell'utente non comunicata al servizio entro le ore 14,00 del giorno precedente, fatta eccezione per le assenze dovute a ricovero ospedaliero non programmato e in caso di decesso dell'utente. Fatte salve le suddette eccezioni, la reiterata mancata comunicazione dell'assenza può determinare la cessazione o la revisione del PAP.
3. Gli interventi di pronto sociale domiciliare e di risanamento ambientale sono gratuiti.

#### **Articolo 7 - Descrizione e caratteristiche dei contributi per assistenza domiciliare indiretta**

1. La prestazione consiste nell'erogazione di contributi finalizzati a sostenere l'acquisto da parte dell'utente e/o della sua rete familiare di interventi paragonabili a quelli propri del servizio di assistenza domiciliare di cui all'articolo 4.

2. La dimensione della prestazione e i bisogni da coprire sono definiti in modo indicativo dal servizio sociale competente, in considerazione della natura integrativa della prestazione stessa rispetto alle capacità e alle risorse personali e della rete familiare, nei limiti di 50 ore mensili.
3. La dimensione effettiva, in termini di numero di ore, viene definita dal servizio sociale competente all'avvio e nel corso di erogazione della prestazione nell'ambito della programmazione operativa della prestazione.
4. Il contributo deve essere utilizzato per l'instaurazione di un rapporto di lavoro subordinato con persone terze che svolgono funzioni assistenziali o di collaborazione domestica, ovvero per l'acquisto di servizi analoghi da organizzazioni e imprese. Sono esclusi i rapporti di lavoro subordinato con il coniuge, con altri parenti tra quelli indicati all'articolo 433 del Codice Civile e con persone conviventi, a eccezione, in quest'ultimo caso, delle persone che convivono per espletare le funzioni di cura. I contratti attivati devono coprire almeno il numero di ore mensili concesse.
5. Le assenze dell'utente superiori a 15 giorni consecutivi devono essere comunicate tempestivamente all'Amministrazione e all'ente erogatore, se diverso, da parte dell'utente stesso o di chi ne fa le veci, con relativi motivi e durata prevista.
6. In caso di sospensione della prestazione, il contributo decorre nuovamente dal mese in cui le condizioni che hanno determinato la sospensione hanno termine o dal mese successivo, a seconda che ciò si verifichi rispettivamente entro o successivamente il giorno 15.
7. In caso di cessazione della prestazione, il contributo decade dal mese della cessazione stessa o dal mese successivo, a seconda che questa si verifichi rispettivamente entro o successivamente il giorno 15.

#### **Articolo 8 - Destinatari dei contributi per assistenza domiciliare indiretta**

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

#### **Articolo 9 - Valore economico dei contributi per assistenza domiciliare indiretta**

1. Il valore economico della prestazione è determinato con riferimento al massimale di contribuzione oraria definito con atto della Giunta Esecutiva della Società della Salute e al numero di ore previste dal PAP.
2. L'importo effettivo del contributo è determinato sulla base della situazione economica dell'utente, con le modalità di cui ai successivi articoli 28 e seguenti. Ai fini del calcolo dell'importo effettivo del contributo, la dimensione della prestazione presa in considerazione coincide con il valore massimo della fascia d'intensità indicata nel PAP e l'unità di prestazione è l'ora d'intervento. Il contributo viene erogato mensilmente per un importo complessivo pari all'importo orario effettivo per il numero di ore stabilito dal servizio sociale competente nell'ambito della fascia d'intensità prevista dal PAP.

#### **Articolo 10 - Descrizione e caratteristiche dei contributi per assistenti familiari**

1. La prestazione consiste nell'erogazione di contributi economici finalizzati all'instaurazione di un rapporto di lavoro con un assistente familiare, ovvero all'acquisto di servizi di assistenza a

domicilio da organizzazioni ed imprese, nell'ambito di PAP di tipo domiciliare definiti dalle UVM.

2. Sono previste tre tipologie di contributo:
  - tipologia A, rivolta agli anziani non autosufficienti con livello di isogravità 5, con Indicatore di Adeguatezza della Condizione Ambientale (IACA) non superiore a 30;
  - tipologia B, rivolta agli anziani non autosufficienti con livello di isogravità 4, con Indicatore di Adeguatezza della Condizione Ambientale (IACA) non superiore a 30;
  - tipologia C, rivolta agli anziani non autosufficienti con livello di isogravità 3, con Indicatore di Adeguatezza della Condizione Ambientale (IACA) non superiore a 30.
3. Ai fini della determinazione del valore economico del contributo, le suddette tipologie sono a loro volta articolate al loro interno in base alle seguenti fasce di IACA: da 0 a 20, da 21 a 25, da 26 a 30. I livelli di isogravità e di IACA definiti con le modalità previste dal progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente approvato con deliberazione della Giunta Regionale n. 370/10, sono attribuiti dall'UVM e indicati nel PAP.
4. Il contributo deve essere utilizzato obbligatoriamente per l'instaurazione di un rapporto di lavoro subordinato con persone terze che svolgono funzioni di assistente familiare, nel rispetto dei Contratti Collettivi di lavoro vigenti e dalle norme che regolano la materia, ovvero per l'acquisto di servizi analoghi da organizzazioni e imprese che applichino integralmente tali contratti. Sono esclusi i rapporti di lavoro subordinato con le persone di cui all'articolo 433 del codice civile. Il contratto con il soggetto erogatore di servizi di assistenza familiare (lavoratore subordinato o organizzazione/impresa) deve coprire almeno un monte ore pari a 18 settimanali.
5. La sussistenza delle suddette condizioni relative ai contratti di lavoro o di acquisto di servizi, sia all'avvio della prestazione che periodicamente in corso di erogazione, deve essere dichiarata, ai sensi dell'articolo 47 del d.p.r. n. 445/00, dal beneficiario, da chi lo rappresenta legalmente o dal familiare titolare del rapporto di lavoro per conto del beneficiario stesso, entro 30 giorni dalla data in cui viene richiesta o, comunque, entro le scadenze eventualmente programmate dall'Amministrazione. In fase di avvio della prestazione, il contributo decorre dal mese successivo rispetto alla data di ricevimento della dichiarazione. La scadenza può essere prorogata per un massimo di ulteriori 30 giorni, trascorsi i quali, se il mancato adempimento persiste e, in assenza di giustificati motivi, il beneficiario può essere considerato rinunciatario, con conseguente cessazione della prestazione.
6. Allo scopo di consentire un monitoraggio sugli assistenti familiari coinvolti, gli utenti comunicano tempestivamente all'Amministrazione i riferimenti identificativi delle persone assunte (nominativo, data di nascita, qualificazione, ecc.), il loro eventuale licenziamento e le loro eventuali sostituzioni.
7. Gli assistenti familiari non possono svolgere attività sanitaria, qualora non posseggano titoli professionali abilitanti e riconosciuti secondo le normative vigenti.
8. Le assenze dell'utente superiori a 30 giorni consecutivi devono essere comunicate tempestivamente all'Amministrazione e all'ente erogatore, se diverso, da parte dell'utente stesso o di chi ne fa le veci, con relativi motivi e durata prevista.
9. In caso di sospensione della prestazione, il contributo decorre nuovamente dal mese in cui le condizioni che hanno determinato la sospensione hanno termine o dal mese successivo, a seconda che ciò si verifichi rispettivamente entro o successivamente il giorno 15. In caso di cessazione della prestazione, il contributo decade dal mese della cessazione stessa o dal mese successivo, a seconda che questa si verifichi rispettivamente entro o successivamente il giorno 15.
10. Qualora l'importo del contributo sia calcolato pari a zero, si determina quanto segue:

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

In entrambi i suddetti casi, trascorsi 12 mesi dalla data del calcolo che ha determinato l'importo pari a zero, se la prestazione viene riproposta dall'UVM o dal servizio sociale, l'utente viene posto in lista d'attesa secondo i criteri indicati all'articolo 32, valendo allo scopo, come data utile per determinare il tempo di permanenza in lista, quella della riproposizione stessa.

### **Articolo 11 - Destinatari dei contributi per assistenti familiari**

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

### **Articolo 12 - Valore economico dei contributi per assistenti familiari**

1. Il valore economico della prestazione è rappresentato dai massimali di contribuzione mensile definiti con atto della Giunta Esecutiva della Società della Salute con riferimento alle tipologie previste e alla loro articolazione interna in base al livello di IACA.
2. L'importo effettivo del contributo è determinato sulla base della situazione economica dell'utente, secondo le modalità di cui ai successivi articoli 28 e seguenti.
3. L'importo del contributo non può comunque eccedere il valore della spesa determinata dai contratti instaurati per l'acquisto di servizi di assistenza familiare, ivi compresa, in caso di contratto di lavoro individuale con assistenti familiari conviventi, una quota equivalente al totale dell'indennità mensile sostitutiva di vitto e alloggio prevista dai contratti collettivi.

### **Articolo 13 - Descrizione e caratteristiche dei contributi di sostegno alle cure familiari**

1. La prestazione consiste nell'erogazione di contributi economici finalizzati a sostenere le famiglie che si fanno carico direttamente dell'assistenza in favore di propri familiari anziani in condizione di non autosufficienza, in considerazione della rilevante funzione assistenziale che queste svolgono e dei costi sociali ed economici da queste sostenuti. In considerazione di ciò, tale tipologia di contributo viene concessa solo in favore di utenti che siano dotati di una rete familiare adeguata e solo in presenza di familiari che si facciano formalmente garanti della necessaria assistenza e del raggiungimento degli obiettivi posti dal PAP, rendendosi disponibili a favorire gli interventi di monitoraggio da parte dei servizi sociosanitari e a svolgere un ruolo attivo e integrato con la rete dei servizi.
2. Sono previste tre tipologie di contributo:
  - tipologia A, rivolta agli anziani non autosufficienti con livello di isogravità 5;
  - tipologia B, rivolta agli anziani non autosufficienti con livello di isogravità 4;
  - tipologia C, rivolta agli anziani non autosufficienti con livello di isogravità 3.
3. Ai fini della determinazione del valore economico del contributo, le suddette tipologie sono al loro volta articolate al loro interno in base alle seguenti fasce di IACA: da 0 a 20, da 21 a 25, maggiore di 25.

4. Le assenze superiori a 30 giorni consecutivi dell'utente devono essere comunicate tempestivamente all'Amministrazione e all'ente erogatore, se diverso, da parte dell'utente stesso o di chi ne fa le veci, con relativi motivi e durata prevista.
5. In caso di sospensione della prestazione, il contributo decorre nuovamente dal mese in cui le condizioni che hanno determinato la sospensione hanno termine o dal mese successivo, a seconda che ciò si verifichi rispettivamente entro o successivamente il giorno 15.
6. In caso di cessazione della prestazione, il contributo decade dal mese della cessazione stessa o dal mese successivo, a seconda che questa si verifichi rispettivamente entro o successivamente il giorno 15.
7. Qualora l'importo del contributo sia calcolato pari a zero, si determina quanto segue:
  - se il contributo è in erogazione o in via di erogazione, la prestazione viene sospesa e può essere riattivata, nel corso dei successivi 12 mesi, dietro istanza dell'utente, nel caso in cui l'eventuale modifica della situazione economica o dei criteri di calcolo determinino un importo positivo;
  - se l'utente è in lista d'attesa, esce dalla lista stessa, nella quale, nel corso dei successivi 12 mesi, dietro apposita istanza, può tuttavia rientrare nel caso in cui l'eventuale modifica della situazione economica o dei criteri di calcolo determinino un importo positivo, continuando a valere come data utile per determinare il tempo di permanenza in lista quella in precedenza attribuita.

In entrambi i suddetti casi, trascorsi 12 mesi dalla data del calcolo che ha determinato l'importo pari a zero, se la prestazione viene riproposta dall'UVM o dal servizio sociale, l'utente viene posto in lista d'attesa secondo i criteri indicati all'articolo 32, valendo allo scopo, come data utile per determinare il tempo di permanenza in lista, quella della riproposizione stessa.

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

#### **Articolo 14 - Destinatari dei contributi di sostegno alle cure familiari**

1. Possono beneficiare del contributo le persone anziane di età uguale o superiore a 65 anni, che presentino gravi forme di demenza senile e/o altre patologie determinanti una condizione di non autosufficienza con relativo livello di isogravità definito secondo i criteri stabiliti dal progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente approvato con deliberazione della Giunta Regionale n. 370/10, la cui rete familiare durante l'arco della giornata assicuri direttamente il fabbisogno assistenziale prevalente e si faccia garante della necessaria assistenza e del raggiungimento degli obiettivi individuati.

#### **Articolo 15 - Valore economico dei contributi di sostegno alle cure familiari**

1. Il valore economico della prestazione è rappresentato dai massimali di contribuzione mensile definiti con atto della Giunta Esecutiva della Società della Salute con riferimento alle tipologie previste e alla loro articolazione interna in base al livello di IACA.
2. L'importo del contributo è determinato sulla base della situazione economica dell'utente, secondo le modalità di cui ai successivi articoli 28 e seguenti.

#### **Articolo 16 - Descrizione e caratteristiche dei centri diurni per anziani**

1. Il centro diurno è una struttura semiresidenziale che, anche grazie all'integrazione con altri servizi, offre un qualificato riferimento assistenziale, educativo e relazionale in grado di

garantire un'ampia risposta al bisogno sociosanitario dell'utente, alleggerendo il carico assistenziale che grava sulla rete familiare e consentendo il mantenimento dell'utente nel proprio contesto di vita abituale.

2. Sono previste tre tipologie di centri diurni:
  - a) centri diurni per anziani non autosufficienti;
  - b) centri diurni per persone affette da disturbi neuro-cognitivi;
  - c) centri diurni per anziani fragili.
3. Il numero di giorni di frequenza viene programmato dal servizio sociale competente, in raccordo con l'UVM (in caso di utenti non autosufficienti), con l'assistito e con la sua famiglia. In presenza dell'opportunità di avviare il servizio tempestivamente si può inizialmente attivare il servizio per un numero di giorni inferiore rispetto alla dimensione effettiva programmata anche in assenza della quantità di risorse (posti liberi e/o copertura finanziaria) necessarie a coprirlo interamente.
4. L'inserimento viene effettuato dagli uffici preposti presso la struttura, convenzionata o a gestione diretta individuata come idonea, per ragioni territoriali e caratteristiche assistenziali in raccordo con l'assistito e la sua famiglia. In caso di indisponibilità di posti nella struttura individuata, seppur in presenza di risorse economiche sufficienti, l'utente viene posto in lista d'attesa cronologica per il suo effettivo inserimento nella struttura stessa.
5. Le assenze dell'utente devono essere comunicate tempestivamente all'Amministrazione e all'ente erogatore, se diverso, da parte dell'utente stesso o di chi ne fa le veci, con relativi motivi e durata prevista.
6. L'inserimento o il trasferimento di un utente da un centro diurno per anziani non autosufficienti a un centro diurno per persone affette da disturbi neuro-cognitivi o viceversa può essere effettuato dietro valutazione di un medico dell'UVM o incaricato dall'UVM stessa, senza necessità di un nuovo PAP.
7. In caso di autorizzazione all'inserimento in centro diurno, se nei successivi 15 giorni l'Ufficio preposto non riceve notizie dell'avvenuto inserimento, all'utente viene inviata formale comunicazione con cui vengono concessi ulteriori 30 giorni per l'effettivo inserimento, pena la decadenza della prestazione, fatti salvi i casi adeguatamente motivati dai servizi sociali.

#### **Articolo 17 - Destinatari dei centri diurni per anziani**

1. Possono beneficiare del servizio le persone anziane di età uguale o superiore a 65 anni in condizioni di fragilità o di non autosufficienza che, per livello di autonomia residua e/o per la presenza di supporto familiare, siano in grado di mantenere la permanenza presso il proprio domicilio, ma che, durante le ore diurne, abbiano bisogno di essere inseriti in un contesto che garantisca loro i necessari interventi assistenziali, educativi e di supporto relazionale.
2. In presenza di motivata necessità, possono fruire di tale servizio anche cittadini adulti di età inferiore a 65 anni in condizione di bisogno equiparabili a quello dei cittadini anziani a cui il servizio è destinato, nell'ambito di speciali programmi assistenziali definiti dai servizi competenti.

#### **Articolo 18 - Valore economico dei centri diurni per anziani**

1. Il valore economico della prestazione è determinato con riferimento alla Quota Sociale standard della retta giornaliera, il cui importo è definito con atto della Giunta Esecutiva della Società della Salute. L'importo della quota sanitaria della retta giornaliera, laddove previsto, è interamente a carico dell'Azienda Sanitaria o di eventuali fondi sociosanitari integrati, mentre per il pagamento della Quota Sociale l'utente può beneficiare di un intervento economico integrativo comunale o di un abbattimento della quota sociale, il cui importo è calcolato sulla



base della sua situazione economica, secondo le modalità di cui ai successivi articoli 28 e seguenti.

2. Nell'ambito delle convenzioni con gestori esterni o dei regolamenti di funzionamento dei centri diurni a gestione diretta possono essere stabilite modalità ulteriori per la determinazione dei pagamenti dovuti sia per le giornate di frequenza che per le giornate di mancata frequenza.
3. L'intervento economico integrativo comunale viene versato direttamente alla struttura interessata nei limiti delle giornate autorizzate, in caso di struttura convenzionata, o consiste in una minore entrata in caso di struttura a gestione diretta.

#### **Articolo 19 - Descrizione e caratteristiche del servizio pasti a domicilio**

1. Il servizio si pone come risorsa integrativa della gamma delle prestazioni finalizzate a sostenere la domiciliarità delle persone con limitata autonomia e consiste nella consegna presso l'abitazione dell'utente di pasti preparati in centri specializzati e distribuiti tramite idonei mezzi di trasporto. Il servizio assicura la consegna di pasti sia per il pranzo che per la cena, a seconda delle necessità. La consegna del pasto serale può avvenire, con gli opportuni accorgimenti, anche nella fascia oraria prevista per la consegna del pranzo. Il servizio consente, grazie al contatto, di norma quotidiano, con gli operatori addetti alla consegna, anche un'azione di sorveglianza costante delle condizioni degli utenti.
2. Le assenze dell'utente devono essere comunicate tempestivamente all'Amministrazione e all'ente erogatore, se diverso, da parte dell'utente stesso o di chi ne fa le veci, con relativi motivi e durata prevista.
3. Il servizio è basato su un'organizzazione che prevede automezzi di consegna assegnati a specifici ambiti territoriali. Pertanto, in caso di temporanea indisponibilità di spazi sugli automezzi assegnati all'ambito territoriale in cui ricade il domicilio dell'utente, seppur in presenza di risorse economiche sufficienti, il servizio potrebbe essere attivato con un tempo di attesa successivo all'autorizzazione.

#### **Articolo 20 - Destinatari del servizio pasti a domicilio**

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

#### **Articolo 21 - Valore economico del servizio pasti a domicilio**

1. Il valore economico della prestazione è determinato con riferimento alla tariffa massima per pasto 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. In aggiunta alla tariffa dovuta per il servizio di consegna a domicilio, così come definita a seguito del calcolo del livello di compartecipazione, l'Amministrazione si riserva di determinare con atto della Giunta Esecutiva della Società della Salute una quota fissa a carico dell'utente, non soggetta ad agevolazioni, a copertura parziale o totale del costo di fornitura del pasto da consegnare.
3. Gli utenti sono tenuti al pagamento dei pasti effettivamente fruiti, anche se di quantità diversa da quella prevista dal PAP. Il pagamento può essere richiesto anche in caso di pasti non consegnati per assenza dell'utente non comunicata al servizio entro le ore 14 del giorno precedente, fatta eccezione per le assenze dovute a ricovero ospedaliero non programmato.

### **Articolo 22 - Descrizione e caratteristiche del servizio di pedicure a domicilio**

1. E' un servizio che si pone come risorsa integrativa della gamma di prestazioni finalizzate a favorire la domiciliarietà delle persone con limitata autonomia e consente di sostenere l'utente nella cura, con caratteristiche non sanitarie, del piede, tramite personale specializzato, con l'obiettivo di prevenire l'insorgenza di problematiche che possono anche arrivare a ostacolare la corretta deambulazione, sostenendo pertanto il mantenimento della capacità residue. Il servizio si articola in interventi svolti con cadenza stabilita nel PAP e, comunque, non superiore a una volta al mese.
2. Le assenze dell'utente devono essere comunicate tempestivamente all'Amministrazione e all'ente erogatore, se diverso, da parte dell'utente stesso o di chi ne fa le veci, con relativi motivi e durata prevista.

### **Articolo 23 - Destinatari del servizio di pedicure a domicilio**

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

### **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 telesoccorso e teleassistenza**

1. Il servizio, basato sulla gestione di collegamenti remoti tra terminali periferici installati presso il domicilio dell'utente e una o più centrali operative, ha la finalità, in stretta collaborazione con la rete dei servizi 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:
  - monitoraggio costante delle condizioni psico-fisiche e della situazione personale, sociale e ambientale dell'utente;
  - informazioni, orientamento e collegamento con la rete dei servizi;
  - attivazione dei competenti presidi (ad esempio, il 118) per gli interventi in casi di emergenza/urgenza;
  - stimolo alla socializzazione e al superamento della condizione di isolamento;
  - azioni di promozione di corretti stili di vita.
2. Il servizio di teleassistenza è organizzato in moduli con le seguenti caratteristiche:
  - A. Telesoccorso:
    - risposta immediata alle chiamate di soccorso 24 ore al giorno per 365 giorni anno;
    - attivazione dei soccorsi (118, VVFF, ecc.) e assistenza/conforto fino all'arrivo degli aiuti mediante conversazione in vivavoce e informazione a parenti/conoscenti;
    - gestione della cartella clinica per una corretta e completa informazione a chi soccorre l'assistito;
    - chiamate periodiche di prova di funzionamento del sistema, che consentono anche la contestuale verifica delle condizioni dell'utente;
  - B. telesoccorso e teleassistenza:
    - tutte le funzioni del telesoccorso;

- un contatto programmato con chiamate settimanali di conforto e controllo dello stato dell'assistito;
  - servizio di agenda per gli appuntamenti periodici.
- C. telecare – (telesoccorso, teleassistenza, teleconforto e telemonitoraggio):
- tutte le funzioni di telesoccorso e teleassistenza su collegamento ADSL in rete privata (VPN);
  - verifiche giornaliere programmate e automatiche dello stato dell'assistito (con attesa di conferma da parte dell'assistito) e chiamate programmate;
  - servizio automatico giornaliero di promemoria per la corretta assunzione di farmaci;
  - servizio di agenda (per gli appuntamenti importanti della vita quotidiana e di relazione) personalizzabile e programmabile su base sia giornaliera, che periodica;
  - gestione dei contatti dell'assistito;
  - possibilità dell'assistito di (video)chiamare la centrale operativa o altri soggetti (come associazioni di volontariato) per momenti di compagnia;
  - possibilità di videochiamata fra due assistiti o fra assistito e parente o altre persone con medesima apparecchiatura o con un computer configurato per l'accesso alla rete privata virtuale del servizio;
  - sensori opzionali per il monitoraggio di alcuni rischi ambientali (sensori del gas e di fumo) e di funzioni vitali (frequenza cardiaca, temperatura corporea, sensori di movimento).
3. L'attivazione del servizio può avvenire mediante richiesta diretta al gestore o tramite il competente servizio sociale, se nell'ambito di un PAP definito in favore dell'utente interessato.
4. L'attivazione e il successivo funzionamento del servizio sono comunque condizionati dalla sussistenza presso il domicilio del richiedente delle necessarie condizioni tecniche per il corretto funzionamento del servizio, nonché della sufficiente disponibilità di collegamenti concedibili. Inoltre, al momento dell'attivazione del servizio il gestore può richiedere la consegna di copia delle chiavi dell'abitazione dell'utente al solo scopo di consentire l'accesso in caso di allarme. In caso di mancata disponibilità a consegnare copia delle chiavi il gestore può richiedere apposita liberatoria in proposito o negare il servizio.
5. 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 di telesoccorso e teleassistenza**

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 telesoccorso e teleassistenza**

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 e seguenti.

#### **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.

2. Il concorso del titolare del PAP alla copertura del valore economico del pacchetto di prestazioni può quindi avvenire sotto forma sia di compartecipazione al loro costo (nel caso di servizi erogati in natura), che di riduzione dell'importo degli interventi economici concessi rispetto al loro valore massimo stabilito.
3. Ai sensi dell'articolo 47 della legge regionale n. 41/05 e ss.mm.ii, il concorso è determinato in dipendenza dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE), così come definito e disciplinato dal d.p.c.m. n. 159/13.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Qualora prima dell'avvio delle prestazioni la persona assistita non fosse 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.
10. 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 (telesoccorso e teleassistenza), 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 - Derghe in presenza di particolari situazioni di disagio socioeconomico**

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 Determinazione del Direttore della Direzione Servizi Sociali (o di un suo delegato), previo 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, la posizione in lista d'attesa è determinata dal punteggio complessivo derivante dalla somma dei punteggi riferiti ai seguenti indicatori:
    - A1) livello di Isogravità:
      - Isogravità 5: punti 20;
      - Isogravità 4: punti 15;
      - Isogravità 3: punti 10;
    - A2) livello di IACA: il punteggio è 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 parità, la posizione in graduatoria è determinata secondo l'ordine cronologico di definizione del PAP da parte dell'UVM. In caso di ulteriore parità hanno la precedenza le persone più anziane d'età.

In casi eccezionali, in base alla valutazione dell'UVM possono essere effettuati inserimenti in centro diurno in deroga alla lista d'attesa, con adeguata motivazione che evidenzia l'imprescindibilità, 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, in caso di anziani non autosufficienti, o con la data di autorizzazione da parte del Responsabile del servizio sociale negli altri casi. 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 handicap grave 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 e autorizzati nel primo caso dal Direttore dei Servizi Sociali del Comune e nel secondo dal Direttore della Società della Salute.
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 hanno 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. 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, 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.
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 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 sociosanitario dell'utente a partire dal momento di effettiva erogazione delle nuove prestazioni;
  - cessazione del PAP a seguito di apposita valutazione in merito da parte dei servizi competenti.
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 sociosanitarie 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>Prestazione</i>	<i>Ulteriori cause di cessazione</i>	<i>Cause di sospensione</i>
<i>Assistenza domiciliare indiretta</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 d'assenza.</li> <li>- Assenza di un regolare contratto di lavoro con persone terze che svolgono funzioni assistenziali o di collaborazione domestica o di un contratto d'acquisto di servizi analoghi da organizzazioni o imprese oltre i termini di sospensione previsti.</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>- Assenza dell'utente superiore a 15 giorni consecutivi. Per le assenze che riguardano solo una parte del mese il contributo viene ridotto in proporzione.</li> <li>- Interruzione superiore a un mese della presenza, tramite regolare contratto di lavoro o acquisto servizi, di persone terze che svolgono funzioni assistenziali o di collaborazione domestica. La sospensione dura fino al momento del rientro dell'assistente o il subentro di un nuovo contratto, condizione che deve realizzarsi entro un massimo di ulteriori due mesi, trascorsi i quali, se la condizione persiste, la prestazione viene cessata.</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>Contributo per assistenti familiari</i>	<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</li> </ul>



<i>Prestazione</i>	<i>Ulteriori cause di cessazione</i>	<i>Cause di sospensione</i>
		<p>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>
<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>	- Assenza dell'utente superiore a 60 giorni consecutivi per motivi diversi da ricovero ospedaliero, ricovero temporaneo in strutture residenziali o attivazione di percorsi di riabilitazione o cure intermedie o altri adeguati motivi.	- Le regole relative alla sospensione della prestazione con conservazione del posto sono stabilite nelle convenzioni con le strutture e nei regolamenti interni per la gestione delle strutture comunali.
<i>Pasti a domicilio</i>	- Assenza dell'utente superiore a 60 giorni consecutivi per motivi diversi da ricovero ospedaliero, ricovero temporaneo in strutture residenziali o attivazione di percorsi di riabilitazione	- Assenza dell'utente

<i>Prestazione</i>	<i>Ulteriori cause di cessazione</i>	<i>Cause di sospensione</i>
	o cure intermedie o altri adeguati motivi.	
<i>Pedicure a domicilio</i>	- Assenza dell'utente superiore a 60 giorni consecutivi per motivi diversi da ricovero ospedaliero, ricovero temporaneo in strutture residenziali o attivazione di percorsi di riabilitazione o cure intermedie o altri adeguati motivi.	- Assenza dell'utente
<i>Telesoccorso e teleassistenza (limitatamente all'eventuale 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.

#### **Articolo 34 - Verifiche e 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. L'Amministrazione effettua 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'Amministrazione si riserva di effettuare controlli in merito al rispetto di quant'altro previsto dal presente regolamento.

#### **Articolo 35 - Rinvio**

1. Per quanto non disciplinato nell'ambito del presente regolamento si fa riferimento alla normativa e agli atti di indirizzo e programmazione nazionali e regionali in vigore, nonché a eventuali altri atti in materia del Comune, dell'Azienda USL Toscana Centro e della Società della Salute.

#### **Articolo 36 - Norme transitorie**

1. Per consentire un graduale passaggio alle modalità di calcolo le prestazioni agevolate in essere alla data di entrata in vigore del presente regolamento sono confermate sino al 30 aprile 2017 o sino alla loro naturale scadenza, se successiva a tale data.
2. 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 (articolo 29, comma 1) 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 (articolo 29, 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.
3. 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'anno 2012 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.