

**PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR) MISSIONE 5 “INCLUSIONE E COESIONE”
COMPONENTE 2 “INFRASTRUTTURE SOCIALI, FAMIGLIE, COMUNITÀ E TERZO SETTORE”,
SOTTOCOMPONENTE 1 “SERVIZI SOCIALI, DISABILITÀ E MARGINALITÀ SOCIALE”
INVESTIMENTO 1.1. – SOSTEGNO ALLE PERSONE VULNERABILI E PREVENZIONE
DELL’ISTITUZIONALIZZAZIONE DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI
SUB-INVESTIMENTO 1.1.2 - AUTONOMIA DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI FINANZIATO
DALL’UNIONE EUROPEA - NEXT GENERATION EU**

REGOLAMENTO PER L’ACCESSO ALLE STRUTTURE CO-HOUSING PER ANZIANI

Delibera della CZdSI Casentino n. ____ del _____

Delibera della CZdSI Valdarno n. ____ del _____

Delibera della CZdSI Valtiberina n. 6 del 16 Giugno 2026

REGOLAMENTO PER L'ACCESSO ALLE STRUTTURE CO-HOUSING PER ANZIANI ATS ASSOCIATI CASENTINO VALDARNO VALTIBERINA

INDICE

Premessa

Riferimenti normativi

Glossario e acronimi

Art.1 - Servizi residenziali co-housing per anziani: definizione e finalità

Art. 2 - Beneficiari

Art. 3 - Modalità di accesso e procedure

Art. 4 - Valutazione e progettazione multiprofessionale individualizzata (PAI)

Art. 5 - Monitoraggio PAI, interruzione del servizio e dimissione dell'ospite

Art. 6 - Partecipazione del beneficiario

Art. 7 - Prestazioni e servizi erogati

Art. 8 - Trasferimento di posti letto

Art. 9 - Assenze dalla struttura

Art. 10 - Regole di vita comunitaria

Art. 11 - Rapporti con i servizi territoriali e comunità locale

Art. 12 - Rapporti con i familiari

Art. 13 - Il pagamento della retta

Art. 14 - L'integrazione della retta alberghiera da parte dell'ente pubblico

Art. 15 - Modalità di pagamento della retta

Art. 16 - Contratto di ospitalità

Art. 17 - Trattamento di dati correlato ai servizi disciplinati dal presente Regolamento

Art. 18 - Norme transitorie

Premessa

Nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 "Inclusione e Coesione", Componente 2 "Infrastrutture Sociali, Famiglie, Comunità e Terzo Settore", Sottocomponente 1 "Servizi Sociali, Disabilità e Marginalità Sociale", Investimento 1.1. – Sostegno alle Persone Vulnerabili e Prevenzione dell'istituzionalizzazione degli Anziani Non Autosufficienti – Sub-Investimento 1.1.2 – Autonomia degli Anziani Non Autosufficienti è stato finanziato il progetto presentato dagli ATS associati Casentino Valdarno Valtiberina finalizzato all'attivazione nei tre ambiti di formule di coabitazione denominate "co-housing".

In linea con il progetto è in linea promosso in risposta all'Avviso pubblico per la presentazione di Proposte di intervento da parte degli Ambiti Sociali Territoriali da finanziare nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore", Sottocomponente 1 "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale", Investimento 1.1- Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, 1.1.2- Autonomia degli anziani non autosufficienti, il "target group" di riferimento è rappresentato da persone anziane fragili, parzialmente autosufficienti, e anziani che, pur in condizione di auto, presentano condizioni di fragilità ossia una vulnerabilità latente con possibilità di perdita delle capacità adattive, anche in relazione a difficoltà legate alle condizioni abitative e relazionali e che per tale motivo necessitano di una soluzione abitativa con caratteristiche di protezione."

Nel rispetto del principio di universalità dell'accesso alle prestazioni il presente regolamento disciplina la modalità di accesso della cittadinanza alla rete dei servizi dei co-housing, per rispondere a esigenze di tutela e promozione del benessere delle persone in situazione di fragilità personale, familiare, sociale, compreso la compartecipazione se prevista a carico degli utenti.

Sono fatte salve tutte le disposizioni dei Regolamenti per l'erogazione dei servizi sociali attualmente vigenti negli Ambiti Territoriali Sociali che non siano in contrasto con il presente atto o con prescrizioni contenute in atti normativi di livello superiore nella gerarchia delle fonti.

Riferimenti normativi

- Legge 8 novembre 2000, n. 328 *“Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.”*
- Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 *“Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale”*
- Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 *“Disciplina del servizio sanitario regionale.”*
- Legge Regionale n. 66 del 18 dicembre 2008 *“Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza” e ss.mm. ii;*
- Legge Regionale n. 55 del 31 luglio 2025 *“Disposizioni per la promozione e il riconoscimento della figura del caregiver familiare” e ss.mm. ii;*
- Legge regionale n. 82 del 28 dicembre 2009, *Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato;*
- Regolamento 11 agosto 2020, n. 86/R Regolamento di attuazione della L.R. 28 dicembre 2009, n. 82 (Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato) in materia di requisiti e procedure di accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato;
- Delibera della Giunta Regionale Toscana n. 370 del 22.03.2010 *“Approvazione del "Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente”;*
- Delibera della Giunta Regionale Toscana n. 1185 del 21/10/2024 *“Sistema di classificazione dei servizi, interventi e prestazioni sociali della Regione Toscana. Approvazione;*
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 5 dicembre 2013, n. 159 *“Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)”;*
- D.P.C.M. 12 gennaio 2017 *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, pubblicato sulla G.U. n. 65 del 18 marzo 2017 e ss. mm. e ii”;*
- Delibera della Giunta Regionale Toscana n. 1119 del 28.10.2021 *“Approvazione documento “Indicazioni per la predisposizione dei regolamenti di accesso ai servizi socio-sanitari per l'area della non autosufficienza e della disabilità”;*
- Delibera della Giunta Regionale Toscana n. 1508 del 19.12.2022 *“La programmazione dell'assistenza territoriale in Toscana in attuazione del Decreto del Ministero della Salute 23 Maggio 2022, n. 77”;*
- Piano Nazionale Non Autosufficienza 2022-2024;
- Piano Regionale Non Autosufficienza 2022-2024;
- Delibera della Conferenza dei Sindaci Integrata della Zona Casentino n. 14 del 15 dicembre 2022 con la quale si approva la Convenzione l'Integrazione Sociosanitaria ex art. 70 bis della L.R. 40/2005 e

s.m.i.;

- Delibera della Conferenza dei Sindaci Integrata della Zona Valdarno n. 42 del 06.09.2022 con la quale si approva la Convenzione l'Integrazione Sociosanitaria ex art. 70 bis della L.R. 40/2005 e s.m.i.;
- Deliberazione della Conferenza dei Sindaci Integrata della Zona Valtiberina n. 1 del 26/01/2023 con la quale si approva la Convenzione per l'Integrazione Sociosanitaria ex art. 70 bis della L.R. 40/2005 e s.m.i.;
- Delibera n.1404 del 25 novembre 2024 "Indicazioni alle Aziende USL per i percorsi delle cure domiciliari: aggiornamento degli indirizzi approvati con delibera G.R. n.660/2015 – PRAD";
- Decreto Direttoriale n. 5 del 15.02.2022 con cui è stato adottato dalla Direzione Generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale l'Avviso pubblico 1/2022 per la presentazione di Proposte di intervento da parte degli Ambiti Sociali Territoriali da finanziare nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore", Sottocomponente 1 "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale", Investimento 1.1 - Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, Investimento 1.2 - Percorsi di autonomia per persone con disabilità, Investimento 1.3 - Housing temporaneo e stazioni di posta, finanziato dall'Unione europea – Next generation Eu;
- Decreto Direttoriale n. 98 del 09.05.2022 con cui a Direzione Generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale ha approvato gli allegati elenchi dei progetti degli Ambiti Sociali Territoriali ammessi al finanziamento nazionale, ivi includendo l'ATS Valdarno;

Glossario e acronimi

Assistente Sociale Case-Manager: è il professionista che assume la "gestione del caso" per il percorso di presa in carico della persona non autosufficiente, funge da riferimento anche per i familiari dell'utente. Assicura la continuità assistenziale, attraverso attività di monitoraggio, di raccordo e di coordinamento delle diverse strutture della rete coinvolte nella realizzazione del Piano Assistenziale Individualizzato. Presidia il processo di erogazione degli interventi anche tramite la valutazione degli esiti.

Caregiver: persona che, a titolo gratuito, si prende cura in modo significativo e continuativo della persona non autosufficiente, aiutandola a svolgere i compiti di assistenza di base. Interlocutore di riferimento per i servizi sociosanitari territoriali.

MMG: Medico di Medicina Generale.

PUA: Punto Unico di Accesso. Il Punto Unico di Accesso rappresenta la porta di accesso al sistema dei servizi socio-assistenziali e socio sanitari integrati per la persona anziana non autosufficiente.

COT: Centrale Operativa Territoriale, ovvero la centrale che assicura il coordinamento, la continuità, l'accessibilità e l'integrazione dell'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale e costituisce l'interfaccia con la Casa della Comunità e le sue articolazioni territoriali, la rete ospedaliera e la rete dei servizi territoriali.

UVM: Unità di Valutazione Multidisciplinare, insediata in ogni Zona Distretto, che valuta i bisogni complessi del cittadino, per procedere all'attivazione degli opportuni interventi sociosanitari.

PAI: Piano Assistenziale Individualizzato, ai sensi della L. 328/00 ovvero ai sensi della L.R. 66/2008 e smi (per persone non autosufficienti).

ADI: Assistenza Domiciliare Infermieristica, effettuata dagli Infermieri di Famiglia e Comunità della Zona- Distretto ed erogata in base ad un piano assistenziale individualizzato.

ADP: Assistenza Domiciliare Programmata, effettuata dal Medico di Medicina Generale.

IFeC: Infermiere di Famiglia e Comunità della Zona-Distretto.

Medico delle CP: Medico del Distretto afferente all'U.F. Cure Primarie.

Art.1 - Servizi residenziali co-housing per anziani: definizione e finalità

Il presente regolamento ha la finalità di definire le modalità di accesso ai co-housing e i servizi sociosanitari integrati forniti nell'ambito dei percorsi di accoglienza.

Il regolamento interessa i seguenti servizi residenziali:

1. Co-housing "Casa Poppi" n. 2 appartamenti per n. 8 posti letto, n. 4 per ciascun co-housing siti in Poppi, Via _____;
2. Co-housing "Casa Chitignano" n. 6 posti letto sito in Chitignano, Via _____;
3. Co-housing "Casa Pogi" n. 6 posti letto sito in Bucine, Via Montessori n. 1 Loc. Pogi;
4. Co-housing "Casa Anghiari" n. 6 posti letto sito in Anghiari, Via Nova.

Il co-housing è un servizio residenziale di soluzione abitativa inclusiva, che ripropone un contesto familiare e domestico condiviso, al fine di garantire una vita autonoma e indipendente a favore di anziani che si trovano momentaneamente o permanentemente in una condizione di fragilità o parziale non autosufficienza, garantendo loro interventi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali per mantenerne una formula di assistenza di tipo domiciliare.

Obiettivi specifici dell'intervento in coerenza con le Linee di indirizzo per i progetti di vita indipendente e alla L. 234 del 30.12.2021, art. 1, c. da 162 a 168:

- valorizzare i principi di Libera Scelta e Autodeterminazione della persona anziana fragile;
- prevenire e contenere il ricovero in RSA;
- prevenire, intervenendo in situazioni di fragilità, situazioni di parziale non autosufficienza attraverso il monitoraggio dell'anziano con strumentazioni tecnologiche in collegamento con il MMG e la COT;
- mantenere capacità e competenze residue;
- attivare a favore di anziani fragili una modalità di gestione autonoma e consapevole di spazi abitativi protetti;
- promuovere l'integrazione del sistema di assistenza per ricercare maggiore efficacia ed efficienza;
- coinvolgere le associazioni del territorio e potenziare le loro attività (servizi di prossimità, trasporto sociale, organizzazione di momenti ricreativi).

Art. 2 - Beneficiari

I destinatari principali di questo progetto sono gli anziani che, pur in condizioni di autosufficienza, presentano condizioni di fragilità o vulnerabilità con possibilità di perdita delle capacità adattive, anche in relazione a difficoltà legate alle condizioni abitative e relazionali.

Queste persone presentano una dipendenza leggera nelle attività quotidiane e che per tale motivo necessitano di una soluzione abitativa con caratteristiche di protezione. In sintesi, i beneficiari sono anziani in condizione di solitudine, emarginazione, limitata autonomia rispondenti ai seguenti requisiti:

- indipendenza o moderata dipendenza nelle attività di base della vita quotidiana;
- mantenuta capacità di assunzione della terapia;
- autonomia nella gestione di ausili per la mobilità;
- mantenute funzioni cognitive e comportamentali.

Il progetto è in linea con quanto promosso nell'ambito dell'Avviso pubblico per la presentazione di Proposte di intervento da parte degli Ambiti Sociali Territoriali da finanziare nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore", Sottocomponente 1 "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale", Investimento 1.1 - Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, 1.1.2- Autonomia degli anziani non autosufficienti, dove si legge che *"Il "target group" di riferimento è rappresentato da persone anziane fragili, parzialmente autosufficienti, e anziani che, pur in condizione di auto, presentano condizioni di fragilità ossia una vulnerabilità latente con possibilità di perdita delle capacità adattive, anche in relazione a difficoltà legate alle condizioni abitative e relazionali e che per tale motivo necessitano di una soluzione abitativa con caratteristiche di protezione."*

Art.3 - Modalità di accesso e procedure

Al percorso di presa in carico si accede tramite i Punti Unici di Accesso territoriali presenti in ciascuna sede comunale, nella sede dell'Unione dei Comuni, presso le Case della Comunità e la sede Distrettuale. L'accesso alle prestazioni ed ai servizi di cui al presente Regolamento avviene:

- a. su richiesta diretta dell'interessato;
- b. su richiesta di un familiare delegato alla firma dal soggetto direttamente interessato alla segnalazione, con contestuale presentazione della delega scritta corredata dalla copia di un documento di identità del delegante;
- c. dal legale rappresentante (amministratore di sostegno, tutore, ecc.);
- d. da un attore o una struttura dei servizi pubblici territoriali che abbia già in carico il soggetto direttamente interessato alla segnalazione nel contesto di un percorso assistenziale attivo (ad esempio Assistente Sociale, MMG, Unità Funzionali di Zona Distretto, etc.);

La richiesta viene formalizzata mediante la compilazione di apposita modulistica da inoltrare al Punto Unico di Accesso (PUA).

La segnalazione al Punto Unico di Accesso territoriale avvia la presa in carico da parte del servizio

sociale territoriale, con assegnazione del caso all'assistente sociale case-manager. Il Medico delle Cure Primarie (medico CP) della Zona-Distretto a sua volta individua l'infermiere di riferimento (IFeC).

Art. 4 - Valutazione e progettazione multiprofessionale individualizzata

La valutazione multiprofessionale è effettuata da apposita equipe della Zona Distretto di riferimento costituita dal medico CP della Zona-Distretto, dall'IFeC di riferimento e dall'assistente sociale case-manager territorialmente competente.

L'equipe, in relazione ai casi in esame è, inoltre, integrata dalle professionalità specialistiche, sociali e sanitarie, e dagli operatori coinvolti nella valutazione che sono ritenuti necessari.

L'equipe svolge le seguenti funzioni:

- effettua la valutazione mediante compilazione della scheda BADL
- definisce il PAI con gli obiettivi e gli esiti attesi;
- coinvolge il MMG per aggiornamenti sulle condizioni cliniche dell'anziano e per la successiva condivisione del PAI;
- valuta le condizioni soggettive, sociali e familiari che rendono l'anziano eligibile per il servizio di co-housing;
- condivide il PAI con la persona assistita e/o i suoi familiari
- effettua la periodica verifica degli obiettivi contenuti nel PAI e procede, nei casi previsti, all'eventuale rivalutazione delle condizioni di bisogno.

L'indipendenza nelle attività di base della vita quotidiana è valutata attraverso lo strumento della scheda BADL (MDS ADL-Long form, in JN Morris, BE Fries, SA Morris, Journal of Gerontology, 1999), che permette di identificare le sette aree di maggiore difficoltà dell'anziano fondamentali per una pianificazione assistenziale e per valutare un appropriato livello di aiuto nel soddisfacimento dei bisogni complessivi:

1. vestirsi
2. igiene personale
3. uso del w.c.
4. spostamenti all'interno dell'ambiente di vita
5. trasferimenti
6. mobilità nel letto
7. alimentazione.

La scheda BADL dovrà essere compilata a cura dell'Equipe prima dell'ingresso e dovrà indicare un punteggio complessivo non superiore a 21.

Il rationale di questo valore deriva dall'osservazione che, per ognuna delle sette aree di attività valutate nelle BADL, una performance che arrivi fino ad uno score di 3 (assistenza pesante, anziano

collaborante che richiede aiuto fisico almeno 3 o più volte nell'arco di una settimana) quindi con punteggio massimo complessivo di 21, può considerarsi ancora rappresentativa, all'interno dell'area clinico-funzionale, di anziani con un certo grado di indipendenza nelle attività di base della vita quotidiana, che in presenza di funzioni cognitive e comportamentali mantenute possono essere accolti in strutture riconducibili, sotto il profilo organizzativo e strutturale, a realtà ad intensità assistenziale contenuta.

Gli utenti target includono anche anziani che vivono soli e che si trovano ad affrontare il rischio di isolamento sociale.

Il PAI contiene gli obiettivi e gli esiti attesi in termini di mantenimento o miglioramento delle condizioni di salute della persona anziana fragile e le prestazioni sociosanitarie da erogare.

L'assistente sociale case manager seguirà l'attuazione del PAI in ogni fase, divenendo il referente dell'assistito e/o dei suoi familiari.

In caso di indisponibilità di posti potrà essere formata una lista di attesa che terrà conto, della condizione sociale, del punteggio della scheda BADL e dell'ordine temporale di arrivo della domanda.

Art.5 – Monitoraggio PAI, interruzione del servizio e dimissione dell'ospite

Monitoraggio

I PAI delle persone inserite saranno rivalutati dall'equipe ogni 4 mesi, salvo aggravamenti dello stato di salute segnalati dal MMG, dal personale della struttura, dal case-manager, da altri operatori che hanno in carico la persona, dal rappresentante legale/familiare dell'anziano.

Il medico di Cure Primarie (CP) può, in accordo con il MMG, autorizzare l'ADP qualora le necessità assistenziali ne richiedano l'attivazione, così come può essere fatto ricorso all'attivazione dell'ADI, quando il livello assistenziale da garantire preveda l'integrazione della figura infermieristica all'interno del co-housing.

L'equipe, in base alla rivalutazione, definirà il PAI ritenuto più idoneo rispetto alle condizioni di bisogno rilevate in quel momento e, qualora ritenuto necessario per mutate condizioni cliniche o di necessità assistenziali, procederà alla segnalazione dell'anziano all'UVM Distrettuale.

La persona accolta nel co-housing, che sia stata valutata dall'UVM non autosufficiente e sia dunque titolare di un PAI ai sensi della L.R. 66/2008 e smi, deve essere dimessa.

Il PAI dell'UVM prevede, per un tempo breve e definito, interventi suppletivi da porre in essere immediatamente in attesa dell'erogazione degli interventi previsti dal PAI in via definitiva a seguito della dimissione dell'anziano dal co-housing. Gli interventi suppletivi integrano presso il co-housing i livelli di assistenza, in modo da garantire un'assistenza di intensità appropriata alla gravità del bisogno rilevato.

In particolare, se il PAI dell'UVM è a carattere residenziale, si applicano l'art. 27 comma 6 e l'art. 28 comma 2 del Regolamento dell'Azienda USL Sud Est di cui alla Delibera D.G. n.469/2023.

Il servizio può essere interrotto in caso di:

- Rinuncia dell'utente;
- Decesso dell'utente;
- Mancato pagamento della retta;
- Valutazione motivata dell'UVM per aggiornamento PAI.

L'ospite che intende lasciare definitivamente la struttura deve fornire un preavviso scritto di almeno 10 giorni.

Il titolare del co-housing può provvedere alla dimissione d'autorità di un ospite, con il preavviso scritto di almeno 10 giorni, nei seguenti casi:

- nel caso in cui il comportamento dell'ospite, anche dopo svariati richiami, sia palesemente in contrasto con le disposizioni del Regolamento e/o della Carta dei Servizi, o risulti incompatibile con il buon andamento della vita comunitaria;
- nel caso di mancata corresponsione della retta;
- a seguito di specifica valutazione da parte dell'UVM che definirà un PAI più idoneo.

È compito dei familiari e/o dei referenti indicati nella domanda di ammissione farsi carico di ogni adempimento in caso di decesso dell'ospite residente.

Art. 6 – Partecipazione del beneficiario

Al beneficiario dell'intervento è assicurata la partecipazione, l'informazione, la condivisione e la verifica dei servizi erogati attraverso le modalità organizzative più idonee alla tipologia dei servizi.

A ciascun utente e/o familiare/referente è garantita la piena facoltà di intervento in merito agli aspetti organizzativi e gestionali del servizio erogato relativamente a contestazioni, proposte di integrazioni, aggiornamenti, richiesta di informazioni, etc.

A tal fine sono previsti specifici momenti organizzativi rappresentati da riunioni mensili con ospite e persona di riferimento (familiare, Amministratore di Sostegno, ecc.), costituzione e partecipazione al Comitato Parenti.

Art. 7 – Prestazioni e servizi erogati

Nella domanda di accesso ai servizi, ove richiesto, vanno riportati i nominativi di tutte le persone referenti dell'utente.

In caso di ricovero ospedaliero di un utente, dal momento dell'ingresso dell'utente in una struttura sanitaria e per tutta la durata della degenza, la responsabilità di assicurare tutte le necessarie prestazioni socio-sanitarie è in capo alla struttura sanitaria medesima e pertanto decade qualsivoglia

obbligo assistenziale a carico dei servizi, compreso l'accompagnamento alla struttura sanitaria e il ritorno al co-housing. Per tutto il periodo di degenza la funzione di referente dell'utente verso la struttura sanitaria è direttamente e solamente in capo al familiare obbligato per legge o ad altra persona formalmente indicata dall'utente stesso o dal legale rappresentante (amministratore di sostegno, tutore, ecc.).

L'accettazione ed il puntuale rispetto di tutto quanto contenuto nel regolamento, nella carta dei servizi e successive integrazioni, si intendono obbligatori per il firmatario, l'utente, i suoi familiari/referenti e per chiunque altro a qualsiasi titolo sia riconducibile all'utente stesso.

In caso di non accettazione di un trasferimento di posto letto l'utente e/o il suo familiare/referente può decidere in totale autonomia di dimettersi dalla struttura.

Compatibilmente con le loro condizioni psico-fisiche tutti gli ospiti sono sempre coinvolti nelle attività socio-ricreative.

Le prestazioni e i servizi erogati dal co-housing sono rivolti esclusivamente agli ospiti residenti, nel pieno rispetto dei bisogni di ciascuno codificati nel Piano Assistenziale Individualizzato.

Resta inteso che gli ospiti ed i loro familiari saranno adeguatamente informati su ogni prestazione e/o servizio erogato. La responsabilità della tutela della salute di ogni singolo ospite residente rimane in capo al proprio Medico di Medicina Generale.

Le prestazioni garantite all'ospite sono esclusivamente quelle sotto riportate:

- Giornata alimentare completa di: colazione, pranzo, cena, bevanda a metà mattinata e merenda pomeridiana; diete speciali per patologie su prescrizione medica;
- Igiene personale quotidiana e bagno assistito;
- Igiene e pulizia quotidiana della camera di appartenenza;
- Rifacimento letto quotidiano;
- Servizio lavanderia e guardaroba interno o esterno alla struttura;
- Attività di socializzazione/animazione;
- Servizio parrucchiere/barbiere;
- Servizio di podologia ove necessario;
- Assistenza tutelare secondo quanto previsto dalla LR 66/2008 e successivi regolamenti.
- Accompagnamento a visite specialistiche, ove necessario, solo per gli ospiti soli e privi di familiari e/o persone di riferimento.

L'Assistenza infermieristica è garantita in proiezione dai servizi distrettuali.

Art. 8 – Trasferimento di posti letto

Al fine di assicurare agli ospiti del co-housing un livello di assistenza sempre più adeguato e razionale, la struttura si riserva la facoltà di procedere in qualunque momento al trasferimento di posto letto che dovesse risultare necessario per assicurare una maggiore appropriatezza del servizio

erogato. Tale trasferimento viene effettuato soltanto a seguito di una attenta fase di valutazione al fine di ottimizzare il servizio assistenziale nel generale interesse di tutti gli ospiti. Comunicata ai familiari/referenti la motivata necessità da parte della struttura di procedere a un trasferimento di posto letto, si chiede la massima collaborazione al fine di assicurare la necessaria serenità all'ospite.

Art. 9 – Assenze dalla struttura

In caso di assenza dell'ospite dalla struttura residenziale per qualsivoglia motivo (compreso il ricovero ospedaliero), la quota di partecipazione al costo del servizio deve essere corrisposta nella misura del 70% per tutto il periodo di assenza.

In caso di assenza dell'ospite dal co-housing per ricovero ospedaliero, l'accoglienza sarà conservata fino al suo rientro nella struttura.

In caso di assenza volontaria dell'ospite dalla struttura residenziale, preventivamente comunicata al responsabile, il mantenimento dell'accoglienza è garantito per un massimo di 15 giorni complessivi nell'anno; il termine sopra indicato potrà variare a insindacabile giudizio della struttura solo per motivazioni debitamente documentate.

Art. 10 – Regole di vita comunitaria

Gli ospiti sono tenuti al rispetto degli orari della vita comunitaria stabiliti dalla direzione della struttura; ogni eventuale variazione decisa dall'ospite deve essere comunicata al responsabile.

All'ospite è consentito, sostenendo il relativo costo, invitare ed intrattenere a pranzo e/o a cena qualsiasi conoscente purché richiesto per tempo al responsabile.

È fatto assoluto divieto ai familiari e/o visitatori, la diretta consegna agli ospiti di alcolici, cibo facilmente avariabile e farmaci non prescritti.

Al momento dell'ingresso in struttura all'ospite viene assegnato il posto letto con relativo comodino, armadio e sedia. È consentito il possesso di oggetti personali.

Al momento dell'ingresso in struttura, ogni ospite deve disporre del corredo personale per come richiesto nello specifico modulo allegato alla domanda.

Sarà cura del personale assistenziale verificare periodicamente la dotazione del vestiario di ogni singolo ospite ed interpellare l'ospite stesso o il familiare per integrare il vestiario in caso di dotazione insufficiente o non più idonea.

I rapporti tra ospiti residenti e personale di servizio devono essere improntati al reciproco rispetto, educazione, cortesia e comprensione.

Ciascun ospite, o chi per esso, ha il diritto/dovere di segnalare alla Direzione qualsiasi inadempienza eventualmente riscontrata nell'erogazione dei servizi dovuti o scortesie e comportamenti non consoni da parte del personale in servizio.

È fatto assoluto divieto al personale di servizio accettare regalie di qualsiasi natura e genere da parte degli ospiti residenti.

Non è consentito all'ospite residente, o chi per esso, pretendere dal personale di servizio alcuna prestazione non rientrante nel presente regolamento o nella relativa Carta dei Servizi.

Art. 11 – Rapporti con i servizi territoriali e comunità locale

La struttura è aperta e disponibile a proporre e condividere con i servizi territoriali e la comunità locale tutte le iniziative ritenute più idonee al compito istituzionale svolto. È consentita e favorita ogni forma di partecipazione all'interno e all'esterno della struttura di associazioni di volontariato, purché debitamente organizzato, e alle organizzazioni di tutela degli utenti.

Art. 12 – Rapporti con i familiari

I familiari sono tenuti ad accompagnare il loro parente durante il trasporto presso strutture sanitarie per eventuali ricoveri, controlli, accertamenti, etc.

Le visite agli ospiti residenti debbono in ogni caso rispettare le regole di vita comunitaria.

Art.13 – Il pagamento della retta

L'utente è tenuto a pagare il costo del servizio corrispondendo la retta giornaliera il cui importo viene definito annualmente dalla Conferenza dei Sindaci Integrata.

L'Assistente Sociale case-manager, prima di andare in equipe, verifica le condizioni economiche della persona anziana in ordine alla definizione della capacità dello stesso al pagamento della retta.

La quota di partecipazione al costo del servizio, calcolata per intero a partire dal giorno di ingresso in struttura, ha cadenza mensile e deve essere versata in forma posticipata entro i primi dieci giorni del mese successivo a quello di riferimento. La giornata di dimissione/decesso non viene conteggiata nel calcolo della quota di partecipazione al costo del servizio.

In caso di titolarità da parte della persona assistita di indennità derivanti da una delle condizioni di cui alla colonna "Non autosufficienza" della tabella rappresentata all'allegato 3 del D.P.C.M. n. 159/13, si prevede l'utilizzo di parte degli emolumenti come partecipazione alla spesa per l'assistenza fornita, ferma restando la conservazione di una quota garantita da lasciare in disponibilità dell'assistito ai sensi dell'art 24, comma 1, lettera g, della Legge 328/2000.

Art.14 – L'integrazione della retta alberghiera da parte dell'ente pubblico

Nel caso in cui i redditi del richiedente e dei suoi familiari non coprano l'intera retta il cittadino può

richiedere all'Ente Locale di riferimento l'integrazione, con rivalutazione della condizione economica ciascun anno di inserimento.

I familiari che possono essere chiamati a compartecipare agli oneri della retta alberghiera, in linea con quanto indicato dal DPCM 159/2013, sono costituiti dal coniuge e dai figli dell'assistito.

Compatibilmente con la disponibilità delle risorse, l'Ente di riferimento riconosce un sostegno economico all'anziano la cui capacità economica risulti insufficiente a sostenere il costo della retta sociale.

La concessione dell'integrazione della retta, è subordinata a quanto previsto dal DPCM 159/2013 (ISEE) e dai Regolamenti di accesso ai servizi Sociosanitari per l'Area della non autosufficienza e della disabilità vigenti nella zona sociosanitaria di appartenenza.

La quota massima di compartecipazione sulla quale l'Ente locale di riferimento calcola l'integrazione è quella definita con Delibera della Conferenza dei Sindaci Integrata della Zona.

Per richiedere la prestazione sociale agevolata i richiedenti devono presentare l'Attestazione ISEE socio sanitario "residenziale" previsto per l'accesso alle prestazioni residenziali, ai sensi del DPCM 159 del 5 dicembre 2013 e ss.mm. e ii.

La persona assistita o il proprio rappresentante legale devono presentare apposita istanza, dichiarando la propria situazione economica.

La documentazione deve essere raccolta dal case manager e trasmessa, corredata della richiesta di integrazione della retta, all'Ente Locale di riferimento che, a seguito dell'espletamento dell'istruttoria entro il termine di 30 giorni dal ricevimento della domanda, provvederà ad emettere il relativo provvedimento di concessione o diniego.

La mancata presentazione dell'ISEE da parte dell'utente non preclude l'accesso e la fruizione dei servizi, ma comporta il pagamento dell'intera retta.

L'Ente Locale si riserva la facoltà di richiedere alla persona assistita una nuova dichiarazione ISEE in caso di variazione del nucleo familiare nel corso dell'erogazione dell'intervento economico integrativo, ai sensi dell'art. 10, comma 2, del D.P.C.M. n. 159/13.

L'integrazione della retta è versata dall'Ente Locale direttamente a favore della struttura residenziale ospitante in deduzione della retta posta a carico della persona assistita.

All'ospite deve essere garantita la disponibilità di una quota per le proprie spese personali, pari ad un sesto del trattamento minimo INPS.

Nel caso in cui la quota utente non copra l'intera retta, l'Ente Locale eroga l'integrazione retta calcolata a seguito dell'istruttoria sopra definita. Si concorderà con l'Ente Locale dell'ultima residenza le modalità di rivalsa sui beni immobili di esclusiva disponibilità del ricoverato, ovvero di iscrizione a ruolo di un credito che trovi soddisfazione sull'asse ereditario, incrementato degli interessi legali.

Nel caso in cui l'immobile sia di proprietà del ricoverato o ne abbia un diritto reale di godimento (esempio usufrutto) e rimanga libero al momento dell'ingresso in co-housing, l'anziano, capace di

intendere e volere, ovvero il suo amministratore di sostegno/tutore in caso di incapacità, può mettere a reddito la proprietà immobiliare. L'ospite sarà supportato dall'ente nelle procedure di locazione del bene e il canone di locazione mensile così introitato verrà destinato, fino a concorrenza, al pagamento della quota residuale della retta; l'eventuale parte eccedente sarà nella piena disponibilità dell'anziano.

In caso di mancato pagamento, nei confronti degli ospiti e dei familiari tenuti agli alimenti, saranno applicate tutte le azioni di rivalsa previste dalla legge.

Art. 15 – Modalità di pagamento della retta

La quota di partecipazione al costo del servizio, calcolata per intero a partire dal giorno di ingresso in struttura, ha cadenza mensile e deve essere versata in forma posticipata entro i primi dieci giorni del mese successivo a quello di riferimento. La giornata di dimissione/decesso non viene conteggiata nel calcolo della quota di partecipazione al costo del servizio. Nel rispetto dei limiti della tracciabilità dei flussi finanziari imposti dalla normativa vigente, le rette possono essere pagate SOLO con pagoPA, ossia la modalità per eseguire i pagamenti verso la Pubblica Amministrazione in modo standardizzato.

I versamenti possono essere effettuati attraverso i canali sia fisici che online di banche e altri Prestatori di Servizi di Pagamento (PSP), come ad esempio:

- Presso le agenzie bancarie;
- Utilizzando l'home banking del PSP (riconoscibili dai loghi CBILL o pagoPA);
- Presso gli sportelli ATM abilitati delle banche;
- Presso i punti vendita di Mooney, Lottomatica e Banca 5;
- Presso gli Uffici Postali.

Art. 16 – Contratto di ospitalità

Prima dell'ammissione alla struttura residenziale, gli assistiti, ed eventualmente i loro familiari nel caso di loro coinvolgimento nel pagamento della retta alberghiera, sono tenuti alla sottoscrizione del contratto di ospitalità.

Art. 17 – Trattamento di dati correlato ai servizi disciplinati dal presente Regolamento

In relazione all'ambito di trattamento di dati correlato ai servizi sociosanitari disciplinati dal presente Regolamento, Azienda Usl Toscana sud est ed Enti locali si qualificano, per le proprie specifiche finalità, quali Titolari autonomi del trattamento ai sensi dell'art. 4 del Regolamento (UE) 2016/679 "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati" (R.G.P.D.). Le parti si danno reciprocamente atto di

conoscere e applicare, nell'ambito delle proprie organizzazioni, le disposizioni del citato Regolamento e quelle del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e s.m.i.

Le parti sono intenzionate e convengono di procedere alla sottoscrizione di uno specifico accordo (Data Processing Agreement), per darsi reciprocamente atto della titolarità dei trattamenti effettuati in relazione ai dati che possono essere condivisi e/o trasmessi per le finalità connesse all'esecuzione del presente Regolamento, dei dati personali oggetto di scambio e delle correlate modalità di trasmissione adeguate al fine di tutelare e proteggere gli stessi ai sensi e per gli effetti dell'art. 32 R.G.P.D.

Art. 18 - Norme transitorie

Per quanto non esplicitato nel presente atto si rinvia alle disposizioni contenute nella normativa nazionale e regionale di riferimento.