

Aggiornato al 16/9/2011

ACCREDITAMENTO DEGLI ASSISTENTI FAMILIARI

La regione Toscana con la legge. n.82/2009 e il successivo regolamento attuativo approvato con DPGR 29/R/2010 ha previsto l'accREDITamento anche per gli operatori individuali, cioè gli assistenti familiari

La normativa regionale ha come obiettivo l'innalzamento della qualità dei servizi socio assistenziali. Nell'ambito dell'assistenza domiciliare, si riconosce il ruolo degli assistenti familiari e la necessità di poter contare da parte delle famiglie su personale affidabile e qualificato.

L'accREDITamento non è di per sé obbligatorio, ma lo diventa se si ricevono finanziamenti pubblici.

Nel caso degli assistenti familiari l'accREDITamento diventa necessario quando la famiglia riceve un contributo nell'ambito del progetto sulla non autosufficienza.

Cosa devono fare gli assistenti familiari per accREDITarsi?

Devono presentare al Comune in cui hanno il domicilio un'autocertificazione in cui dichiarano di possedere una serie di requisiti.

Tali requisiti sono:

- sapere esprimersi e capire la lingua italiana
- essere formati cioè avere un titolo per svolgere la professione di assistente familiare. Nel caso non si abbia nessun titolo è sufficiente avere un'esperienza di almeno sei mesi e dichiarare di impegnarsi a conseguire il titolo entro 3 anni dalla data di presentazione dell'autocertificazione.
- Curriculum vitae con i propri dati personali, le esperienze di lavoro fatte
- Piano di lavoro per registrare la propria attività assistenziale nei confronti dell'assistito.

Per essere accREDITati è sufficiente questo. Non occorre produrre altra documentazione. Il Comune poi dovrà fare gli accertamenti.

La Società della Salute del Mugello ha predisposto, per facilitare la procedura, una modulistica che è possibile scaricare dal sito www.sds.mugello.it o richiedere agli sportelli sociali situati in tutti i Comuni del proprio territorio.

ALL."B"

ISTANZA DI ACCREDITAMENTO

COGNOME E NOME _____

_____ Via _____

telefono _____

OPERATORE INDIVIDUALE:

domiciliato a :

presso _____

REGIONE TOSCANA

Requisiti

Assistenza domiciliare erogata da operatori individuali – Assistente familiare

(sezione B.R.AF)

REQUISITI – OPERATORI INDIVIDUALI

Requisiti Assistenza domiciliare erogata da operatori individuali – Assistente familiare (sezione B.S.SS)

Sez	Cap.	Codice	Descrizione requisito	Cod Docum	Documento
B.R.AF01.			Organizzazione e gestione		
B.R.AF01.	01		Elementi identificativi del servizio		
B.R.AF01.	01.	01.01	E' presente una scheda contenente i dati anagrafici dell'operatore, le esperienze maturate, i titoli e/o attestati e le caratteristiche del servizio offerto		- Carta del Servizio
B.R.AF01.	02.		Pianificazione delle attività		
B.R.AF01.	02.01		L'operatore ha cura di definire e aggiornare, in accordo con l'assistito e la sua famiglia, un piano di lavoro periodico che tiene conto dei bisogni assistenziali e relazionali, delle capacità residue dell'assistito stesso, delle caratteristiche del suo ambiente di vita e, se presente, del progetto assistenziale personalizzato.		- Allegato n.1 della Carta del Servizio
B.R.AF01.	02.02		Il piano di lavoro prevede momenti di verifica dei risultati per consentire di apportare azioni correttive e di miglioramento		- Allegato n.1 della Carta del Servizio
B.R.AF01.	03		Formazione e aggiornamento		
B.R.AF01.	03.01		L'operatore è in possesso dell' attestato e/o dei titoli in materia assistenziale previsto dalla normativa vigente o è in grado di dimostrare una esperienza professionale in campo assistenziale di almeno 6 mesi che costituisce credito formativo per l'acquisizione del titolo entro un periodo massimo di 3 anni		- Carta del Servizio - Titoli e/o attestati e/o lettere referenze e/o contratti di lavoro
B.R.AF01.	03.02		Gli attestati professionali di formazione e gli eventuali di aggiornamento sono disponibili in caso di controllo		- Carta del Servizio
B.R.AF01.	03.03		L'operatore straniero è in grado di dimostrare sufficiente conoscenza della lingua italiana		- Carta del Servizio - Attestato conoscenza lingua italiana e/o lettera referenza attestante una sufficiente conoscenza della lingua italiana
B.R.AF02.			Assistenza, cura e sostegno alla persona		
B.R.AF02.	01		Gestione generale dell'utente		
B.R.AF02.	01.01		L'utente viene chiaramente e tempestivamente informato in caso di assenze impreviste o improvvise		- Carta del Servizio

Sez	Cap.	Codice	Descrizione requisito	Cod Docum	Documento
B.R.AF03.			Valutazione, partecipazione, umanizzazione, etica		
B.R.AF03.		01.	Umanizzazione		
B.R.AF03.		01.01	L'operatore cura adeguatamente la comunicazione con i familiari o rappresentanti legali in merito alla gestione del rapporto assistenziale e in caso di eventi critici		- Carta del Servizio
B.R.AF03.		02.	Gestione dei reclami		
B.R.AF03.		02.01	Viene data prontamente risposta ai reclami ricevuti		- Carta del Servizio

Il/La sottoscritto/a,

dichiara il possesso dei requisiti suddetti in base alla lettera a), comma 1, articolo 11 della l.r.82/2009

Data.....

Firma.....

CARTA DEL SERVIZIO DELL'OPERATORE INDIVIDUALE

(cognome e nome dell'Assistente Familiare)

Data aggiornamento _____

Dati anagrafici dell'Assistente Familiare

NOME: _____

COGNOME: _____

LUOGO E DATA DI NASCITA: _____

DOMICILIATO IN : (Indicare il Comune) _____

VIA _____ n. _____

RECAPITO TELEFONICO: _____

NAZIONALITA': ITALIANA , ALTRO (specificare) _____

Esperienze maturate dall'Assistente Familiare in campo assistenziale di almeno 6 mesi, dimostrabili tramite dichiarazioni rilasciate da parte terza (es. datore di lavoro, ...).

Dal _____ al _____, _____
(gg/mm/aa) (gg/mm/aa) (breve descrizione delle attività svolte)

Dal _____ al _____, _____
(gg/mm/aa) (gg/mm/aa) (breve descrizione delle attività svolte)

Dal _____ al _____, _____
(gg/mm/aa) (gg/mm/aa) (breve descrizione delle attività svolte)

Dal _____ al _____, _____
(gg/mm/aa) (gg/mm/aa) (breve descrizione delle attività svolte)

Titoli e/o attestati acquisiti (specificare anche la data di conseguimento)

L'Assistente Familiare, se straniero, è in grado di dimostrare sufficiente conoscenza della lingua italiana, con il possesso del seguente attestato oppure lettera referenza attestante una sufficiente conoscenza della lingua italiana:

L'Assistente Familiare, in caso di richiesta da parte dell'utente/familiare/tutore, degli attestati professionali di formazione e degli eventuali di aggiornamento, provvede a fornirli in visione per il controllo.

Caratteristiche del servizio offerto

- assistenza a: uomo, donna, entrambi indifferentemente
- l'Assistente familiare è disponibile a dormire presso l'assistito: SI , NO
- altre caratteristiche del servizio erogato:

- nel caso in cui l'Assistente Familiare dovesse assentarsi in modo imprevisto o improvviso, si impegna ad informare tempestivamente l'assistito e/o familiari/tutore, tramite telefonata.

L'Assistente Familiare cura adeguatamente la comunicazione con i familiari, o i rappresentanti legali, in merito alla gestione del rapporto assistenziale, attraverso:

- la disponibilità di un proprio recapito telefonico;
- momenti periodici di incontro;
- altro _____.

L'Assistente Familiare, in caso di eventi critici, contatta tempestivamente i familiari o i rappresentanti legali. Qualora l'evento critico riguardi il verificarsi di un malore dell'utente, l'operatore richiede anche un tempestivo intervento con chiamata al "118" .

Gestione dei reclami

In caso di reclami scritti, da parte dell'utente o dei suoi familiari (o tutore), l'Assistente Familiare deve dare prontamente risposta per iscritto, nel termine di giorni _____ .
L'Assistente Familiare conserva i reclami ricevuti e le risposte fornite.

Allegati:

1. Scheda di pianificazione delle attività

SCHEDA DI PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITA'

Cognome e nome dell'utente assistito _____

Piano delle attività:

Piano di lavoro:

- settimanale
- mensile
- altra cadenza (specificare) _____

concordato con l'assistito e la sua famiglia, che tiene conto dei bisogni assistenziali, relazionali, delle capacità residuali dell'assistito stesso, del suo ambiente di vita e se presente del progetto assistenziale personalizzato. Barrare le voci che interessano e aggiungere eventuali altre attività nel rigo "altro", specificandole. Le attività sotto indicate s'intendono con frequenza giornaliera. Specificare se la frequenza è diversa

- Igiene dell'assistito e igiene e pulizia degli ambienti
 - Igiene e pulizia degli ambienti
 - mobilitazione dell'assistito
 - attività di socializzazione e accompagnamento
 - supporto nell'assunzione dei farmaci prescritti
 - preparazione dei pasti e supporto nell'assunzione degli stessi
 - altro (specificare) _____
- _____
- _____

Data _____

Firme per avvenuta condivisione del piano delle attività:

l'utente _____

familiare/tutore _____

l'Assistente Familiare _____

Verifica del piano delle attività:

Verifica settimanale mensile altra cadenza (specificare) _____
 dei risultati del piano di lavoro concordato ed eventuali azioni correttive e di miglioramento:

DATA VERIFICA (gg/mm/aa)	AZIONI CORRETTIVE E DI MIGLIORAMENTO	FIRME : a) utente b) familiare/tutore c) Assistente Familiare
	<input type="checkbox"/> nessuna azione correttiva <input type="checkbox"/> azione correttiva/miglioramento _____ _____	a) _____ b) _____ c) _____
	<input type="checkbox"/> nessuna azione correttiva <input type="checkbox"/> azione correttiva/miglioramento _____ _____	a) _____ b) _____ c) _____
	<input type="checkbox"/> nessuna azione correttiva <input type="checkbox"/> azione correttiva/miglioramento _____ _____	a) _____ b) _____ c) _____
	<input type="checkbox"/> nessuna azione correttiva <input type="checkbox"/> azione correttiva/miglioramento _____ _____	a) _____ b) _____ c) _____
	<input type="checkbox"/> nessuna azione correttiva <input type="checkbox"/> azione correttiva/miglioramento _____ _____	a) _____ b) _____ c) _____
	<input type="checkbox"/> nessuna azione correttiva <input type="checkbox"/> azione correttiva/miglioramento _____ _____	a) _____ b) _____ c) _____