# Programma di assistenza di transizione

Questo opuscolo fornisce informazioni sul Programma di assistenza di transizione (Transition Care Program, TCP). Spiega anche quali sono i tuoi diritti e le tue responsabilità, e cosa aspettarsi dal programma.

**Contattaci**

|  |  |
| --- | --- |
| Coordinatore del servizio (Case manager): Jane Doe  XXXX XXX XXX (cellulare)  jane.doe@email.com | Gestore programma di assistenza di transizione  03 9595 2307  TCP@health.vic.gov.au |

 **Scarica questo accordo sul tuo computer**

Scansiona il codice QR

Per ricevere questo documento in un altro formato manda un’email a [TCP@health.vic.gov.au](mailto:TCP@health.vic.gov.au)



Autorizzato e pubblicato dal Governo del Victoria, 1 Treasury Place, Melbourne.

© Stato del Victoria, Australia, Ministero della sanità, gennaio 2023.

Disponibile presso la pagina [www.health.vic.gov.au/publications/tcp-information-and-client-agreement-english](http://www.health.vic.gov.au/publications/tcp-information-and-client-agreement-english)

Formato disponibile: DOCX

# Che cos’è il Programma di assistenza di transizione (TCP)?

Il TCP può aiutarti a ristabilirti dopo un ricovero in ospedale, a renderti indipendente e a collegarti con il sostegno di cui hai bisogno.

### **Come funziona**

1. Il Servizio di valutazione per l’assistenza gli anziani (Aged Care Assessment Service, ACAS) ti confermerà se puoi accedere ai servizi del TCP.
2. Dovrai compilare e firmare l’accordo per il TCP.
3. Il programma comincia non appena si conclude il tuo ricovero in ospedale.
4. Puoi ottenere sostegno per fino a **12 settimane** (84 giorni) mentre sei in convalescenza a casa, in una struttura per l’assistenza agli anziani o in ospedale.
5. Avrai un piano d’assistenza che descriverà i tipi di servizi che riceverai.
6. Puoi spostarti tra luoghi o tipi d’assistenza diversi man mano che le tue esigenze cambiano.
7. Se ne avrai bisogno, riceverai aiuto per trovare opzioni di assistenza più a lungo termine.

### **Nell’ambito del programma puoi ottenere due tipi d’assistenza**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| An icon of a house **Assistenza su base domiciliare**  Riceverai assistenza a casa tua.  I servizi possono includere:   * Assistenza infermieristica e assistenza di sollievo in casa * Aiuto nelle pulizie, nella preparazione dei pasti o nel fare il bagno * Fissazione di appuntamenti medici * Trasporto verso appuntamenti o attività sociali * Terapia da parte di personale paramedico, come un fisioterapista * Attrezzature di supporto come corrimani, rampe o ausili per l’incontinenza  **Tariffe** Dovrai pagare il 17,5% dell’ammontare giornaliero della tua attuale pensione di vecchiaia personale. |  | An icon of a bed **Assistenza in una struttura residenziale**  Riceverai assistenza in un ospedale o in una struttura per l’assistenza agli anziani.  I servizi possono includere:   * Assistenza infermieristica e sostegno reperibile (su chiamata) * Assistenza per i medicinali * Aiuto nelle attività quotidiane come fare il bagno o camminare * Sostegno per la demenza * Fissazione di appuntamenti medici * Terapia da parte di personale sanitario alleato, come un fisioterapista  **Tariffe** Dovrai pagare il 85% dell’ammontare giornaliero della tua attuale pensione di vecchiaia personale.  Dovrai anche pagare per i farmaci da prescrizione di cui hai bisogno dalla farmacia di tua scelta. |

Il programma **non include** servizi come:

✗ Patologia o radiologia (ad esempio esami del sangue o radiografie)

✗ Trasporto in autoambulanza da e per l’ospedale

✗ Farmaci da prescrizione o tariffe della farmacia

✗ Appuntamenti con il medico di famiglia

# Cosa aspettarsi nell’ambito del programma

Per trarre il massimo beneficio dal TCP, avrai diversi diritti e responsabilità.

## Che cosa fa il mio case manager?

Il tuo case manager è il tuo principale contatto, sostenitore e patrocinatore durante il programma.

Un case manager può aiutarti a:

* Creare un piano e ad aggiornarlo in base alle tue necessità
* Prendere decisioni che incidono sulla tua assistenza
* Patrocinare i tuoi bisogni e darti sostegno emotivo
* Condividere eventuali opinioni sulla tua assistenza e agire in base ad esse.
* Pianificare in anticipo la tua assistenza, ciò include una maggiore comprensione dei tuoi valori e delle tue credenze in modo che l’equipe che ti assiste possa prendere decisioni per tuo conto se tu non sei in grado di farlo
* Creare un piano per la dimissione e predisporre sostegno a lungo termine

Il tuo case manager non prenderà decisioni di tipo medico riguardo alla tua assistenza. Per prendere queste decisioni collaborerai con gli operatori medici professionisti dell’equipe che ti assiste.

## Le mie informazioni come saranno condivise?

Quando compili e firmi l’accordo, ci stai dando il permesso di condividere le informazioni che ti riguardano con:

* Il tuo medico di famiglia, gli operatori sanitari, My Aged Care e altri fornitori di servizi così che noi possiamo soddisfare i tuoi bisogni di assistenza
* Il Ministero della salute e dell’assistenza agli anziani del Commonwealth, la Commissione sulla qualità e sulla sicurezza dell’assistenza agli anziani e il Ministero della salute del Victoria, in modo che possano finanziare il programma e misurare il suo successo

## Che cosa dovrò fare?

Avrai diverse responsabilità nell’ambito del programma. Dovrai:

* Lavorare attivamente per conseguire gli obiettivi del tuo piano d’assistenza
* Essere responsabile per le tue azioni e scelte
* Dire al tuo case manager ciò di cui hai bisogno. Se hai bisogno di aiuto per qualcosa, chiedi
* Dì all’equipe che ti assiste se hai una richiesta specifica (ad es. se vorresti fumare, usare sigarette elettroniche o bere bevande alcoliche)
* Trattare con rispetto l’equipe che ti assiste, esattamente come tu vorresti essere trattato
* Fornire all’equipe che ti assiste un luogo di lavoro sicuro e salubre se sei in convalescenza a casa

## Quali sono i miei diritti?

I diritti di tutti i clienti del TCP sono protetti ai sensi della:

* Carta dei diritti dell’assistenza agli anziani (Charter of Aged Care Rights)
* Legge del Commonwealth sull’assistenza agli anziani (Commonwealth Aged Care Act) del 1997, della legge sull’assistenza agli anziani (disposizioni transitorie) (Aged Care (Transitional Provisions) Act) del 1997 e i Principi emessi ai sensi di queste leggi
* Legge sulla Carta del Victoria dei diritti e delle responsabilità umane (Victorian Charter of Human Rights and Responsibilities Act) del 2006
* Legge del Victoria sulla privacy e sulla protezione dei dati (Victorian Privacy and Data Protection Act) del 2014
* Legge del Victoria sulla documentazione sanitaria (Victorian Health Records Act) del 2001
* Legge del Commonwealth sulla privacy (Commonwealth Privacy Act ) del 1988

# Tariffe e pagamenti

Anche se il TCP è finanziato per la maggior parte dal governo, **dovrai** pagare una tariffa a copertura dei costi della tua assistenza.

## Che cosa dovrò pagare?

Dovrai pagare tariffe in base al tipo di assistenza che riceverai:

|  |  |
| --- | --- |
| An icon of a home | Per **l’assistenza su base domiciliare**  Se partecipi al programma a casa, dovrai pagare il **17,5%** dell’ammontare giornaliero della tua attuale pensione di vecchiaia personale. |
|  |  |
| An icon of a bed | Per **l’assistenza in una struttura residenziale** Se partecipi al programma in una struttura per l’assistenza agli anziani o in un ospedale, dovrai pagare il **85%** dell’ammontare giornaliero attuale della tua singola pensione di vecchiaia.  Dovrai anche pagare per i farmaci da prescrizione di cui hai bisogno dalla farmacia di tua scelta. |

Se non hai una pensione, dovrai pagare una *tariffa giornaliera* che è pari alla percentuale delineata in precedenza.

Il TCP **non** è coperto da:

✗ Medicare

✗ Assicurazione sanitaria privata

✗ Ministero degli affari dei Veterani

## Che cosa succede se non posso pagare?

Le tariffe del TCP possono essere flessibili in base alle tue circostanze particolari. Puoi comunque far parte del programma anche se non sei in grado di pagare la tariffa.

Puoi parlare con il tuo case manager riguardo a svariate opzioni, tra cui la riduzione del costo, o chiedere più tempo per pagare.

## Come pagherò?

Riceverai una fattura e maggiori informazioni su come pagare una volta che avrai iniziato il programma.

Questa fattura includerà una tariffa per ciascun giorno in cui hai fatto parte del programma, compresi i giorni in cui potresti non avere ricevuto assistenza, come nel fine settimana.

## Che cosa succede se devo prendermi una pausa?

Puoi usufruire di fino a 7 giorni di congedo, che può includere periodi per svolgere attività sociali o se hai bisogno di ritornare in ospedale. Usufruire del congedo non cambia la data di conclusione del tuo programma.

Puoi usufruire di questi periodi in giorni singoli, oppure in blocchi più lunghi. Dovrai pagare le tariffe per i giorni in cui ti prenderai una pausa dal programma.

# 

# Dove ottenere aiuto

Il tuo **case manager** è il contatto principale per il programma, ma puoi anche metterti in contatto con altre organizzazioni per tipi differenti di sostegno.

## Per informazioni e sostegno con i servizi di assistenza agli anziani

**My Aged Care**

1800 200 422

8:00 – 20:00 dal lunedì al venerdì



10:00 - 14:00 il sabato

 [www.myagedcare.gov.au](http://www.myagedcare.gov.au)

## Per persone con sordità e/o che trovino difficile ascoltare o parlare con le persone che usano il telefono

**National Relay Service (Servizio nazionale di ripetizione, NRS)**

13 36 77

## Per reclami, preoccupazioni od opinioni sul programma

**Ufficio del Commissario per i reclami sulla salute mentale (Mental Health Complaints Commissioner)**

 1300 582 113

 [hcc.vic.gov.au](https://hcc.vic.gov.au/)

**Commissione sulla qualità e sicurezza dell’assistenza agli anziani (Aged Care Quality and Safety Commission)**

 1800 951 822

 [www.agedcarequality.gov.au](http://www.agedcarequality.gov.au/)

## Se hai bisogno di consigli o di qualcuno che parli per tuo conto

**Linea telefonica nazionale per il Patrocinio nell’assistenza agli anziani (National Aged Care Advocacy Line)**

1800 700 600

 [health.gov.au/our-work/national-aged-care-advocacy-program-nacap](https://www.health.gov.au/our-work/national-aged-care-advocacy-program-nacap)

**Elder Rights Advocacy**

 03 6902 3066

 [era.asn.au](https://era.asn.au/)

# Accordo sul programma di assistenza di transizione (TCP) Diritti e responsabilità

##### Dettagli del servizio del TCP

###### Compilare in stampatello

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Destinatario dell’assistenza |  | Fornitore del servizio TCP |
|  |  |  |

##### Tipo di assistenza

###### Spuntare 🅇 una sola opzione

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **☐**  An icon of a bed **Assistenza in una struttura residenziale**   |  | | --- | | Presso una sede TCP | |  | |  | ☐  An icon of a home **Assistenza su base domiciliare** |

##### Il destinatario dell’assistenza concorda che:

###### Leggere e spuntare🅇 ogni casella.

###### Puoi compilarlo come destinatario dell’assistenza o come rappresentate per suo conto (es. accompagnatore, coniuge).

☐ farà parte del programma

Ciò include anche la messa in lista d’attesa per cominciare il TCP

☐ Capisce come le sue informazioni saranno condivise

Le informazioni saranno condivise con operatori sanitari, con My Aged Care e con il governo

☐ Sa quali sono le sue responsabilità

Ciò include i suoi diritti ai sensi della Carta dei diritti dell’assistenza agli anziani

☐ Sa quali sono le sue responsabilità

Ciò include il collaborare con il case manager per creare un piano d’assistenza e un piano per la dimissione

☐ Capisce che lui o il suo fornitore del servizio possono riesaminare questo accordo per fare modifiche

Sia il fornitore del servizio che il destinatario dell’assistenza devono concordare per iscritto qualsiasi modifica

☐ Capisce che lui o il fornitore del servizio possono terminare il programma in qualsiasi momento

Se lui o il suo fornitore del servizio scelgono di terminare il programma, il case manager può fornire altre opzioni d’assistenza e fare in modo che il periodo di preavviso sia rispettato

# Accordo sul programma di assistenza di transizione (TCP) Tariffe epagamenti

##### Tariffe e fatture

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| La tariffa quotidiana per la tua assistenza |  | Le fatture saranno emesse da |
| $ |  |  |

##### Accordo su tariffe e pagamenti

###### Leggere e spuntare🅇 ogni casella per acconsentire.

###### Puoi compilarlo come destinatario dell’assistenza o come rappresentate per suo conto (es. accompagnatore, coniuge).

☐ Sono la persona che pagherà le tariffe del TCP

☐ Capisco che la tariffa quotidiana include i fine settimana e i giorni in cui posso non ricevere servizi

☐ So che posso chiedere al case manager di riesaminare le tariffe del TCP in qualsiasi momento se non sono in grado di pagare

☐ Capisco che le tariffe non sono coperte da Medicare, dall’assicurazione sanitaria privata e dal Ministero degli affari dei veterani

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Per la sola assistenza in una struttura residenziale**  ☐ Pagherò per ogni farmaco da prescrizione di cui avrò bisogno  Mentre parteciperai al programma ti saranno mandate fatture per i tuoi farmaci da prescrizione  ☐ Capisco che il costo dei farmaci sarà stabilito dalla farmacia di mia scelta   |  | | --- | | Nome farmacia | |  |  |  | | --- | | Indirizzo farmacia | | Indirizzo di recapito | |  | | Sobborgo o Città | |  | | Stato, Codice postale | |  | |

# Accordo sul programma di assistenza di transizione (TCP) Dettagli finali e firma

##### Dettagli di chi paga la tariffe

###### Compilare in stampatello

|  |
| --- |
| Nome e cognome |
|  |

###### 

|  |
| --- |
| Indirizzo |
| Indirizzo di recapito |
|  |
| Sobborgo o Città |
|  |
| Stato, Codice postale |
|  |

###### 

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Numero di telefono |  | Indirizzo Email |
|  |  |  |

##### Vorrei ricevere le fatture per:

###### Spuntare 🅇 una sola opzione

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **☐ Posta** |  | **☐ Email** |

##### Firma e data

###### Puoi firmare come destinatario dell’assistenza o come rappresentate per suo conto (es. accompagnatore, coniuge).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma |  | Data |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Solo per i rappresentanti**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Perché la persona che riceverà l’assistenza non è in grado di firmare? |  | Quale è la tua relazione? (es. accompagnatore, coniuge). | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | Testimoniato da (firma) |  | Data | |  |  |  | |

|  |
| --- |
| Accordo compilato con il membro del personale (firma / designazione / nome in stampatello) |
|  |