



Comune di Tivoli

DISTRETTO SOCIO SANITARIO RM 5.3

Ente capofila: Comune di TIVOLI

COMUNI DI: CASAPE, CASTEL MADAMA, CERRETO LAZIALE, CICILIANO, GERANO, LICENZA, MANDELA, PERCILE, PISONIANO, POLI, ROCCAGIOVINE, SAMBUCI, SAN GREGORIO DA SASSOLA, SAN POLO DEI CAVALIERI, SARACINESCO, TIVOLI, VICOVARO.

INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISABILITA' GRAVISSIMA

Vista la legge regionale 23 novembre 2006, n. 20 "Istituzione Fondo Regionale per la Non Autosufficienza";

vista la legge regionale 10 agosto 2016, n. 11 "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio";

visto il decreto interministeriale 26 settembre 2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, con cui si provvede al riparto delle risorse per l'anno 2016 del Fondo per la non autosufficienza, e alla definizione delle condizioni mediche che descrivono la disabilità gravissima;

vista la deliberazione di Giunta regionale del 3 maggio 2016, n. 223, come successivamente modificata ed integrata dalla DGR 88/2017, che ha introdotto una disciplina sistematica ed omogenea dei servizi e degli interventi sociali di assistenza alla persona e, in particolare, l'Allegato alla stessa, punti B.1 e C.2, disciplinanti le diverse modalità di organizzazione ed erogazione;

data la deliberazione della Regione Lazio n. 104 del 07/03/2017 concernente la disposizione delle linee guida operative per le prestazioni assistenziali, componente sociale, in favore delle persone in condizione di disabilità gravissima;

data la deliberazione della Regione Lazio n. 430 del 28/06/2019 concernente l'aggiornamento delle linee guida operative regionali in favore delle persone non autosufficienti, in condizioni di disabilità gravissima, ai sensi del decreto interministeriale 26 settembre 2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali;

visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 21 novembre 2019, registrato alla Corte dei Conti in data 14 gennaio 2020, di riparto del Fondo nazionale per le non autosufficienze (FNA) e di approvazione del Piano per la non autosufficienza 2019 – 2021 che assegna alla Regione Lazio l'importo complessivo di euro 52.275.840,00 quale quota del FNA 2019 da destinare alla realizzazione delle prestazioni, degli interventi e dei servizi assistenziali di cui all'art. 2, del D.M. 26 settembre 2016;

vista la Deliberazione n. 395 del 23/06/2020 concernente l'aggiornamento delle linee guida regionali per la programmazione territoriale delle prestazioni assistenziali domiciliari in favore degli utenti in condizione di disabilità gravissima;

considerata la Deliberazione n. 897 del 09/12/2021 concernente un ulteriore aggiornamento delle linee guida regionali per la programmazione territoriale delle prestazioni assistenziali domiciliari in favore degli utenti in condizione di disabilità gravissima;

vista la Determinazione Dirigenziale n. 254 del 07/02/2022,

SI RENDE NOTO

che in applicazione della normativa sopracitata, per l'annualità 2022 e successive, possono presentare istanza per la concessione di un assegno/contributo di cura, o per interventi di assistenza domiciliare diretta, o per il sostegno economico a supporto del pagamento di interventi complementari, le persone affette da disabilità

gravissima (o chi ne ha la rappresentanza legale degli interessi) residenti sul territorio del Distretto RM 5.3, secondo modalità e tempistiche di seguito specificate.

DESTINATARI

I destinatari dell'intervento sono le persone con gravissima disabilità che necessitano di un sostegno intenso ed integrato a livello domiciliare per assicurare le funzioni vitali (respirazione, nutrizione, evacuazione/minzione), le funzioni primarie (cura del sé come alzarsi, lavarsi, muoversi nello spazio circostante ...), la vita di relazione (cura e gestione dell'ambiente di vita).

Le persone in condizione di disabilità gravissima, non autosufficienti e/o in condizione di dipendenza vitale, ivi comprese quelle affette da sclerosi laterale amiotrofica o da forma grave di Alzheimer, sono definite in maniera dettagliata dall'art.3 del Decreto Interministeriale 26 settembre 2016, il quale al comma 2 cita:

*“Per persone in condizione di disabilità gravissima, ai soli fini del presente decreto, si intendono **le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento**, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013, e per le quali sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:*

a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10 ;

b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);

c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 ;

d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;

e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;

f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;

g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;

h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 8 ;

i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

Le scale per la valutazione della condizione di disabilità gravissima, di cui al comma 2 lettere a), c), d), e), e h), sono illustrate nell'allegato 1 del decreto 26.09.2016. Per l'individuazione delle altre persone in condizione di dipendenza vitale, di cui al comma 2 lettera i), si utilizzano i criteri di cui all'allegato 2 dello stesso decreto. Nel caso la condizione di cui al comma 2, lettere a) e d), sia determinata da eventi traumatici e l'accertamento dell'invalidità non sia ancora definito ai sensi delle disposizioni vigenti, gli interessati possono comunque accedere, nelle more della definizione del processo di accertamento, ai benefici previsti dalle regioni ai sensi del presente articolo, in presenza di una diagnosi medica di patologia o menomazione da parte dello specialista di riferimento che accompagni il rilievo funzionale.

INTERVENTI

Il presente avviso pubblico prevede l'attivazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata di servizi socio sanitari. Le aree di intervento prioritarie sono:

- ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA: supporto di tipo economico per l’acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari nelle forme individuate dalle Regioni o per la fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e vicinato (assistenza prestata dal caregiver) sulla base del piano personalizzato previsto dal PAI (contributo di cura o assegno di cura);
- INTERVENTI COMPLEMENTARI ALL’ASSISTENZA DOMICILIARE: supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con interventi complementari all’assistenza domiciliare, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie, nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare (regime semiresidenziale) assumendo l’onere della quota sociale o di altre azioni di supporto individuate nel piano personalizzato, ad esclusione delle prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea, fermo restando che viene data priorità agli interventi di carattere domiciliare.
- ASSISTENZA DOMICILIARE DIRETTA: attivazione o incremento del servizio pubblico di assistenza domiciliare, al fine di favorire l’autonomia e la permanenza a domicilio, secondo il (PAI) Piano Assistenziale Individuale;

Il Piano Assistenziale Individuale (PAI) è predisposto dall’UVM (equipe multidisciplinare integrata) con la necessaria presenza dell’Assistente Sociale territorialmente competente, in base al principio della valutazione multidimensionale.

Nel caso in cui l’UVM lo ritenga necessario, gli utenti possono essere convocati in qualsiasi momento per l’accertamento e la verifica dei requisiti sanitari o per la predisposizione del PAI.

DESCRIZIONE TIPOLOGIE DI INTERVENTO

A) ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA

a) ASSEGNO DI CURA

L’intervento di assistenza domiciliare si attiva, su domanda dell’interessato, dei suoi familiari o di chi ha la rappresentanza legale degli interessi (soggetti giuridicamente incaricati), con il riconoscimento di un contributo economico denominato “assegno di cura” destinato all’acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall’assistito e dalla sua famiglia.

Il sostegno di natura economica concesso dal soggetto pubblico competente (ambito territoriale) è finalizzato a compensare, in modo totale o parziale, le spese da sostenere per l’acquisto delle prestazioni assistenziali domiciliari contemplate nel PAI, mediante la sottoscrizione di regolare contratto di lavoro. Nessuna somma potrà essere richiesta al soggetto pubblico competente, oltre agli importi riconosciuti come direttamente e strettamente connessi all’attività di assistenza svolta, in conformità al piano personalizzato di assistenza. L’operatore professionale è assunto in conformità a quanto stabilito dai contratti collettivi nazionali di lavoro; al rapporto di lavoro si applicano tutte le disposizioni previste dalla vigente normativa.

Non vengono finanziate le spese derivanti da rapporti di lavoro realizzati con i familiari ed affini, come individuati all’articolo 433 del Codice civile.

Le risorse sono finalizzate alla copertura dei *costi di rilevanza sociale* dell’assistenza socio sanitaria, pertanto sono aggiuntive e complementari rispetto a quelle sanitarie.

L’“assegno di cura e per l’autonomia” ha carattere sostitutivo di altri servizi e costituisce una componente essenziale e radicata del sistema dei servizi territoriali.

Tale misura economica, essendo ancorata ad un bisogno di sostegno inteso come assistenza personale, non è assimilabile all’indennità di accompagnamento o ad altre prestazioni di invalidità civile concesse in base al solo accertamento medico – legale ed è, pertanto, cumulabile ad esse.

L’assegno di cura è compatibile con la fruizione di altri servizi ed interventi del complessivo sistema di offerta, quali:

- interventi di assistenza domiciliare integrata, componente sanitaria;
- interventi riabilitativi a carattere ambulatoriale e/o domiciliare e semiresidenziali;
- ricoveri ospedalieri/riabilitativi per un periodo non superiore ai 30 giorni, decorso il quale il contributo verrà sospeso per essere riattivato al momento del rientro dell’utente a domicilio;

- interventi, a partire da ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie, complementari al percorso di assistenza domiciliare definito nel PAI.

L'assegno di cura può essere riconosciuto all'utente in presenza di altri servizi socio assistenziali o contributi per l'acquisizione di prestazioni socio assistenziali i cui oneri gravino su fondi non destinati alla disabilità gravissima.

I servizi e le prestazioni indicati nel PAI e già attivi in favore dell'utente al momento dell'accesso all'assegno di cura rileveranno ai fini della graduazione nel tetto minimo della misura.

L'assegno di cura non viene riconosciuto o, se già attribuito, viene interrotto nei casi seguenti:

- ricoveri di sollievo il cui costo sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea presso strutture sanitarie o socio sanitarie.

Con riferimento ai minori in età evolutiva prescolare con disturbi dello spettro autistico rientranti nella condizione di disabilità gravissima, l'assegno di cura è compatibile con l'erogazione della specifica misura di sostegno alle famiglie prevista dalla L.R. 7/2018 e dal regolamento regionale attuativo n. 1/2019 e smi.

Scelta del personale qualificato

Il beneficiario del finanziamento (o chi ne fa le veci ai sensi di legge) deve essere consapevole che l'assunzione dell'assistente alla persona è un atto tra privati, che comporta l'impegno a carico del datore di lavoro di assolvere gli adempimenti conseguenti al contratto instaurato, comprensivi del pagamento del corrispettivo e del versamento degli oneri assicurativi e previdenziali.

L'Assistente alla persona scelta per prestare lavoro presso il beneficiario dell'assegno di cura deve essere in possesso di una delle seguenti qualifiche:

- operatore sociosanitario (OSS);
- assistente domiciliare e dei servizi tutelari (ADEST);
- operatore socio assistenziale (OSA);
- operatore tecnico ausiliario (OTA);
- assistente familiare (DGR 607/2009);
- diploma quinquennale professionale nel settore dei servizi sociosanitari.

Possono altresì svolgere le funzioni di operatore le persone non in possesso dei titoli sopra indicati, ma con documentata esperienza in tali funzioni almeno quinquennale in strutture e servizi socio assistenziali per persone con disabilità e/o per persone anziane, che si iscrivano ad un corso utile al rilascio di uno dei titoli sopra elencati nel rispetto della tempistica prevista.

Il mancato conseguimento del titolo nell'arco temporale indicato fa venir meno l'idoneità allo svolgimento delle funzioni proprie di questa forma di assistenza.

b) CAREGIVER E CONTRIBUTO DI CURA

Il decreto 26 settembre 2016 prevede, all'art. 2 lett. b), che il supporto alla persona non autosufficiente ed alla sua famiglia possa attuarsi anche mediante trasferimenti monetari connessi alla fornitura diretta di servizi e prestazioni di assistenza da parte di familiari e vicinato (figura del caregiver), sulla base del piano personalizzato di assistenza. Il caregiver è la persona che volontariamente, in modo gratuito e responsabile, si prende cura di una persona non autosufficiente o, comunque, in condizione di necessario ausilio di lunga durata non in grado di prendersi cura di sé. La figura del caregiver è quella che con la persona in condizione di disabilità intrattiene consolidati e verificati rapporti di cura ed assistenza, anche in assenza di vincoli di natura familiare.

La Regione Lazio ha disciplinato le modalità di funzionamento del servizio del caregiver familiare e le forme di supporto in suo favore con la deliberazione di Giunta regionale 8 giugno 2021, n.341 "Linee guida regionali per il riconoscimento del caregiver familiare, la valorizzazione sociale del ruolo e la promozione di interventi di sostegno".

L'attivazione dell'intervento denominato "contributo di cura" avviene su domanda dell'interessato, dei suoi familiari o dei soggetti giuridicamente incaricati o preposti alla tutela della persona beneficiaria e alla rappresentanza legale degli interessi.

L'UVM integrata, cui è rimessa la valutazione multidimensionale del bisogno in sede di definizione del PAI, individua la figura del caregiver familiare e valuta se lo stesso sia in grado di assicurare le attività di cura e di assistenza necessarie riconosciute nell'ambito del progetto personalizzato.

Il caregiver deve rapportarsi, in modo continuo, con gli altri operatori del sistema dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari professionali e confrontarsi costantemente, con il referente per l'assistenza sanitaria ed il responsabile del PAI e/o Case manager.

Il contributo di cura è cumulabile con pensioni, indennità di accompagnamento ed ogni altro assegno a carattere previdenziale e/o assicurativo riconosciuto all'utente.

Il contributo di cura può essere riconosciuto all'utente anche in compresenza di altri servizi socio assistenziali o altri contributi destinati all'acquisizione di prestazioni assistenziali a gravare su fondi non destinati alla disabilità gravissima.

I servizi e le prestazioni indicati nel PAI e già attivi in favore dell'utente al momento dell'accesso al contributo di cura rileveranno ai fini della graduazione nel tetto minimo della misura.

Il contributo di cura non è cumulabile, invece, con l'assegno di cura a gravare sui fondi per la disabilità gravissima previsto per l'intervento di assistenza alla persona precedentemente descritto.

Decorrenza del riconoscimento della misura di sostegno e cadenza di erogazione

L'assegno di cura ed il contributo di cura sono riconosciuti:

- per gli utenti già in carico ai servizi territoriali e beneficiari della misura di sostegno, in continuità;
- per gli utenti aventi diritto in lista d'attesa nelle graduatorie distrettuali già esistenti, a decorrere dalla data in cui il distretto socio sanitario disponga delle risorse necessarie a soddisfare la richiesta individuale;
- per i nuovi utenti, a decorrere dalla data in cui il distretto socio sanitario disponga delle risorse necessarie a soddisfare la singola domanda, con accesso progressivo alla misura di sostegno secondo l'ordine cronologico di presentazione.

L'assegno di cura ed il contributo di cura saranno erogati con cadenza mensile.

Cambio di residenza – modalità di riconoscimento dell'assegno e del contributo di cura

Cambio di residenza in altra Regione

In caso di trasferimento della residenza della persona beneficiaria dell'assegno di cura in altra Regione, l'erogazione del beneficio è garantita per un periodo massimo di 6 mesi a decorrere dalla domanda di cambio di residenza.

In applicazione del principio generale di non sovrapposizione di misure pubbliche con analoghe finalità, l'erogazione sarà interrotta, anche prima del termine di 6 mesi, nel momento in cui l'utente accederà al servizio o alla prestazione di assistenza per la disabilità gravissima programmato dalla nuova Regione di residenza, fermo restando l'obbligo per l'utente di rendicontare le spese al distretto socio sanitario di provenienza e di inviare allo stesso, entro 15 gg, la comunicazione formale di avvenuto accesso all'assistenza per la disabilità gravissima nella nuova Regione.

Cambio di residenza in ambito regionale

In caso di trasferimento della residenza, nel corso dell'annualità di intervento, in un diverso Comune del territorio regionale, l'assegno di cura o il contributo di cura sono riconosciuti all'utente beneficiario fino al termine dell'esercizio finanziario di competenza e, comunque, fino alla nuova assegnazione di risorse concordando con il Capofila del distretto di nuova residenza le modalità operative per assicurare la continuità assistenziale all'utente.

DETERMINAZIONE DELL'IMPORTO PER L'ASSISTENZA INDIRETTA

Il DPCM 21 novembre 2019 indica per la prima volta il valore dell'intervento (trasferimento monetario) per l'assistenza indiretta in favore degli utenti in condizione di disabilità gravissima, fissandone l'importo in almeno euro 400,00 mensili per 12 mensilità nel caso in cui non siano presenti altri servizi (servizio di assistenza in ambito domiciliare, servizi semiresidenziali ed altri) che insistano sul FNA.

L'assistenza in ambito domiciliare, riconducibile ai livelli essenziali di prestazione sociale, richiede che il principio di "continuità" sia coniugato con il diritto di accesso progressivo alle prestazioni di tutti gli aventi diritto.

In virtù dei principi di proporzionalità degli interventi, di equità sociale e di continuità assistenziale, la condizione socio economica rappresenta un elemento di rilievo nella determinazione dell'importo del contributo - assegno di cura, ma non costituisce motivo di esclusione dall'accesso allo stesso. Il parametro dell'ISEE socio sanitario determina eventuali priorità, interviene nella graduazione del contributo e, in ultimo, determina l'accesso allo stesso ma solo per soglie di ISEE particolarmente elevate (oltre i 50.000,00 euro e i 65.000,00 euro nel caso di minori).

Nella quantificazione del contributo economico occorre tener conto dell'insieme degli interventi assistenziali individuati nel PAI e delle risorse necessarie per la loro sostenibilità (budget individuale).

Importo dell'Assegno di Cura

L'importo dell'“assegno di cura” per gli utenti in condizione di disabilità gravissima, finalizzato all'acquisizione di prestazioni assistenziali da parte di un operatore accreditato ai sensi della DGR 223/2016 e DGR 88/2017, è compreso tra € 500,00 ed € 1.200,00 mensili, per 12 mensilità.

A tutela della continuità assistenziale, le risorse per l'accoglimento delle nuove domande assistenziali verranno programmate tenendo conto della spesa necessaria alla sostenibilità dei piani assistenziali annuali degli utenti già in carico. Allo stesso tempo, però, la misura di sostegno potrà essere graduata nel valore minimo in funzione dell'ISEE socio sanitario e della compresenza di altri servizi/prestazioni socio assistenziali già attivi in suo favore.

Di seguito sono riportate le tabelle di riferimento per la determinazione dell'assegno di cura:

Servizi socio assistenziali compresenti rispetto al beneficiario riconosciuto all'utente per la condizione di disabilità gravissima	Punteggio di riferimento da attribuire a ciascuna tipologia di servizio prevista nel PAI dell'utente
Nessun servizio	4
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: - Assistenza domiciliare fino a 12 ore settimanali; - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a euro 300,00;	3,5
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: - Assistenza domiciliare tra le 13 e le 18 ore settimanali; - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a euro 450,00; - 1 g. di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale;	3
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: - Assistenza domiciliare tra 19 e 24 ore settimanali; - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a euro 600,00; - 2 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale;	2,5
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: - Assistenza domiciliare tra 25 e 30 ore settimanali; - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a euro 750,00; - 3 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale	2
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: - Assistenza domiciliare maggiore di 30 ore settimanali; - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali ad euro 900,00; - 4 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale; - Fino a 2 gg./settimana di frequenza in un laboratorio	1,5
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: - 5 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale; - Almeno 3 gg./settimana di frequenza di un laboratorio	1

- nel caso che l'utente già fruisca di più servizi tra quelli richiamati in tabella, in misura riferibile a riquadri differenti, si applica il punteggio inferiore;
- nel caso che gli stessi siano riferibili allo stesso riquadro, il punteggio risultante verrà diminuito di mezzo punto.

Punteggio fascia Isee Sociosanitario

Fascia Isee Sociosanitario	Punteggio
< 13.000 euro	6
< 25.000 euro	5
< 35.000 euro	4
< 45.000 euro	3
< 55.000 euro	2
< 65.000 euro	1
> 65.000 euro	0

Nel caso di utenti minori, il punteggio risultante dalla tabella ISEE è aumentato di:

- punti 2, per ISEE inferiori a 35.000 euro;
- punti 1, per ISEE compresi tra 35.000 e 65.000 euro;
- punti 0, per ISEE maggiori di 65.000 euro.

La tabella corrispondente (punteggio ISEE) è così integrata:

Fascia Isee Sociosanitario	Punteggio per Isee/utente adulto	Punteggio aggiuntivo per Isee/utente minore	Punteggio totale utente minore
< 13.000 euro	6	2	8
< 25.000 euro	5	2	7
< 35.000 euro	4	2	6
< 45.000 euro	3	1	4
< 55.000 euro	2	1	3
< 65.000 euro	1	1	2
> 65.000 euro	0	0	0

Graduazione del contributo per utente in base alla somma riportata in applicazione dei due parametri presenza servizi/isee socio sanitario	Contributo minimo da erogare
Punteggio compreso tra 1 – 3	Minimo Euro 500,00
Punteggio compreso tra 4 – 6	Euro 600,00
Punteggio compreso tra 7 – 8	Euro 700,00
Punteggio compreso 9 – 12	Euro 800,00

Ne consegue che agli utenti che non fruiscono di altri servizi/prestazioni e presentano un ISEE socio sanitario fino a euro 25.000,00 rimane assegnato l'importo minimo del contributo assistenziale di 800 euro.

Importo del Contributo di Cura

L'importo del "contributo di cura" per gli utenti in condizione di disabilità gravissima, assistiti dal caregiver individuato nel PAI, è compreso tra € 400,00 ed € 1.000,00 mensili, per 12 mensilità.

A tutela della continuità assistenziale, le risorse per l'accoglimento delle nuove domande assistenziali verranno programmate tenendo conto della spesa necessaria alla sostenibilità dei piani assistenziali annuali degli utenti già in carico. Allo stesso tempo, però, la misura di sostegno potrà essere graduata nel valore minimo in funzione dell'ISEE socio sanitario e della compresenza di altri servizi/prestazioni socio assistenziali già attivi in suo favore.

Di seguito sono riportate le tabelle di riferimento per la determinazione del contributo di cura:

Servizi socio assistenziali compresenti rispetto al beneficio riconosciuto all'utente per la condizione di disabilità gravissima	Punteggio di riferimento da attribuire a ciascuna tipologia di servizio prevista nel PAI dell'utente
Nessun servizio	4
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: - Assistenza domiciliare fino a 12 ore settimanali; - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a euro 300,00;	3,5
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: - Assistenza domiciliare tra le 13 e le 18 ore settimanali; - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a euro 450,00; - 1 g. di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale;	3
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: - Assistenza domiciliare tra 19 e 24 ore settimanali; - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a euro 600,00; - 2 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale;	2,5
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: - Assistenza domiciliare tra 25 e 30 ore settimanali; - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a euro 750,00; - 3 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale	2
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: - Assistenza domiciliare maggiore di 30 ore settimanali; - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali ad euro 900,00; - 4 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale; - Fino a 2 gg./settimana di frequenza in un laboratorio	1,5
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: - 5 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale; - Almeno 3 gg./settimana di frequenza di un laboratorio	1

- nel caso che l'utente già fruisca di più servizi tra quelli richiamati in tabella, in misura riferibile a riquadri differenti, si applica il punteggio inferiore;
- nel caso che gli stessi siano riferibili allo stesso riquadro, il punteggio risultante verrà diminuito di mezzo punto.

Punteggio fascia Isee Sociosanitario

Fascia Isee Sociosanitario	Punteggio
< 13.000 euro	6
< 25.000 euro	5
< 35.000 euro	4
< 45.000 euro	3

< 55.000 euro	2
< 65.000 euro	1
> 65.000 euro	0

Nel caso di utenti minori, il punteggio risultante dalla tabella ISEE è aumentato di:

- punti 2, per ISEE inferiori a 35.000 euro;
- punti 1, per ISEE compresi tra 35.000 e 65.000 euro;
- punti 0, per ISEE maggiori di 65.000 euro.

La tabella corrispondente (punteggio ISEE) è così integrata:

Fascia Isee Sociosanitario	Punteggio per Isee/utente adulto	Punteggio aggiuntivo per Isee/utente minore	Punteggio totale utente minore
< 13.000 euro	6	2	8
< 25.000 euro	5	2	7
< 35.000 euro	4	2	6
< 45.000 euro	3	1	4
< 55.000 euro	2	1	3
< 65.000 euro	1	1	2
> 65.000 euro	0	0	0

Graduazione del contributo per utente in base alla somma riportata in applicazione dei due parametri presenza servizi/isee socio sanitario	Contributo minimo da erogare
Punteggio compreso tra 1 – 3	Minimo Euro 400,00
Punteggio compreso tra 4 – 6	Euro 500,00
Punteggio compreso tra 7 – 8	Euro 600,00
Punteggio compreso 9 – 12	Euro 700,00

Ne consegue che agli utenti che non fruiscono di altri servizi/prestazioni e presentano un ISEE socio sanitario fino a euro 25.000,00 rimane assegnato l'importo minimo del contributo assistenziale di 700 euro.

La programmazione distrettuale delle risorse dedicate alla disabilità gravissima dovrà tener conto degli oneri relativi al servizio di sostituzione del caregiver familiare per motivi di emergenza nei casi in cui tale intervento non sia finanziato con il Fondo "Caregiver Familiare" (Dgr 341/2021).

Nella eventualità in cui il caregiver, nel corso dell'anno, per motivi di emergenza o interventi di sollievo sia costretto ad allontanarsi, l'utente potrà attivare una sostituzione temporanea con personale qualificato, tramite l'assistenza diretta.

Risorse residue

Il contributo minimo corrispondente al punteggio assegnato all'utente può essere incrementato, sia per l'assegno che per il contributo di cura, nel caso in cui il fabbisogno assistenziale valutato in sede di UVM metta in evidenza la necessità di integrare l'intervento, tenuto conto ovviamente delle risorse residue a disposizione una volta provveduto alla totale copertura dei servizi per la disabilità gravissima e di tutti gli utenti eventualmente in lista d'attesa.

Per garantire l'omogeneità a livello territoriale, il tetto massimo per la eventuale rimodulazione in aumento è fissato in euro 200, lo stesso dovrà essere determinato in UVM in relazione alla gravità della compromissione funzionale e, nel caso del contributo di cura, alla convivenza del caregiver.

Interventi aggiuntivi in favore di soggetti affetti da SLA

La L.R. 13/2018, all'art. 4 comma 12, prevede la realizzazione di interventi a carattere socio assistenziale in favore delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA).

La disciplina regionale attuativa (DGR 304/2019) prevede che tali risorse regionali siano utilizzate, nel caso di utenti che ancora non fruiscono di alcun servizio socio assistenziale, per attivare l'assistenza in ambito domiciliare e, nel caso di utenti già beneficiari ai sensi della L.R. 11/2016, per implementare gli stessi.

La suindicata deliberazione fissa in euro 300,00 il valore massimo del contributo assistenziale in favore dell'utente affetto da SLA in condizione di disabilità gravissima

Il contributo regionale può avere, quindi, carattere integrativo rispetto ad altri servizi territoriali e misure di sostegno socio assistenziali già attivi ed è complementare ed integrativo rispetto alle prestazioni di assistenza sanitaria.

Nel caso di utenti già beneficiari dell'assegno di cura o del contributo di cura, il contributo di cui trattasi incrementerà l'importo degli stessi fino a concorrenza del tetto massimo previsto, per ciascuno, dalla disciplina regionale per 12 mensilità.

c) **INTERVENTI COMPLEMENTARI ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE**

Un' ulteriore tipologia di supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia prevista nell'ambito degli interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima è quella di un aiuto economico per il pagamento di interventi complementari all'assistenza domiciliare, come ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie, nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare (regime semiresidenziale) **assumendo l'onere della quota sociale** o di altre azioni di supporto individuate nel piano personalizzato, ad esclusione delle prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea, **fermo restando che verrà data priorità agli interventi di carattere domiciliare.**

Questo nell'ottica di quanto disposto dall'art. 4, comma 1, punto b) del DM 26 settembre 2016 che auspica l'integrazione degli interventi delle diverse componenti sanitarie, sociosanitarie e sociali in modo da assicurare la continuità assistenziale, nella prospettiva del superamento della frammentazione tra le prestazioni erogate dai servizi sociali e quelle erogate dai servizi sanitari.

d) **ASSISTENZA DOMICILIARE DIRETTA**

E' possibile richiedere l'attivazione dell'assistenza domiciliare o l'incremento della stessa, qualora sia già attiva, quale intervento prestato da personale qualificato del servizio pubblico, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza nel domicilio, secondo quanto stabilito nel Piano Assistenziale Individuale.

In questo caso l'assistenza viene fornita direttamente dai soggetti gestori dei servizi alla persona accreditati presso l'ente pubblico di appartenenza, previa scelta del richiedente, e verrà articolata in base alle necessità emerse nella stesura del piano di intervento.

La disciplina operativa, a cui si rimanda integralmente, è dettata dall'Allegato alla DGR 223/2016 e s.m.i., punti B.1, B.1.1, B.1.2 e B.3.

Sottoscrizione Atto di Impegno

La persona destinataria dell'intervento (o chi ne fa le veci ai sensi di legge) sottoscrive, unitamente al piano personalizzato integrato di assistenza, un apposito **atto di impegno** predisposto dal soggetto pubblico competente (ambito territoriale) nel quale, conformemente a quanto previsto dalla D.G.R. 233/2016:

- si impegna ad utilizzare il sostegno economico concesso quale aiuto economico a esclusivo titolo di rimborso spese totale o parziale, comprensivo, degli oneri diretti e indiretti derivanti dal contratto stipulato con l'assistente personale (**a** Assegno di Cura);
- si impegna a regolarizzare il rapporto con l'assistente scelto mediante rapporto di lavoro, nel rispetto delle normative vigenti (**a** Assegno di Cura);
- si fa carico di ogni onere assicurativo, previdenziale e assistenziale scaturente dal suddetto contratto (**a** Assegno di Cura);
- si impegna a stipulare idonea polizza assicurativa RCT a favore dell'assistente personale per eventuali danni provocati a terzi (**a** Assegno di Cura);
- si impegna a concordare con il servizio sociale territoriale eventuali variazioni del piano personalizzato di assistenza (**a** Assegno di Cura, **b** Contributo di Cura, **c** Sostegno Economico per interventi complementari all'assistenza domiciliare, **d** Assistenza Domiciliare);

- si impegna a presentare, con periodicità stabilita dai servizi sociali territoriali, la rendicontazione delle spese sostenute per l'acquisizione dell'intervento (**a** Assegno di Cura, **c** Sostegno Economico per interventi complementari all'assistenza domiciliare);
- si impegna al pagamento delle spese esclusivamente con mezzi tracciabili (assegni, bonifici, ecc.) producendo a richiesta del soggetto pubblico competente copia di idonea documentazione (**a** Assegno di Cura, **c** Sostegno Economico per interventi complementari all'assistenza domiciliare);
- si impegna ad utilizzare il contributo concesso per soddisfare i bisogni della persona assistita e garantirne la necessaria assistenza (**a** Assegno di Cura, **b** Contributo di Cura, **c** Sostegno Economico per interventi complementari all'assistenza domiciliare);
- si impegna a rispettare quanto stabilito sul Piano Assistenziale Individualizzato (**a** Assegno di Cura, **b** Contributo di Cura, **c** Sostegno Economico per interventi complementari all'assistenza domiciliare, **d** Assistenza Domiciliare);
- si impegna a riconoscere al soggetto pubblico competente il pieno esercizio della vigilanza e del controllo sull'attuazione del piano personalizzato e sull'osservanza dell'atto di impegno (**a** Assegno di Cura, **b** Contributo di Cura, **c** Sostegno Economico per interventi complementari all'assistenza domiciliare, **d** Assistenza Domiciliare);
- accetta che, al verificarsi di eventuali proprie inadempienze di cui ai punti sopra elencati, il soggetto pubblico titolare del servizio contesti per iscritto tali inadempienze, assegnando un termine per la loro regolarizzazione. Trascorso inutilmente tale termine, si potrà procedere alla riduzione e/o revoca del sostegno economico ed al recupero delle somme eventualmente erogate e non giustificate (**a** Assegno di Cura, **b** Contributo di Cura, **c** Sostegno Economico per interventi complementari all'assistenza domiciliare, **d** Assistenza Domiciliare).

MODALITA' E TEMPISTICHE PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

a) UTENTI IN CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Le linee guida approvate con DGR n. 104/2017, aggiornate successivamente con DGR n. 430/2019, DGR n. 395 del 23/06/2020, ed in ultimo con DGR n. 897 del 09/12/2021, stabiliscono che gli utenti già presi in carico dal servizio godono di diritto della continuità assistenziale anche per le successive annualità di progetto. Al fine di semplificare le procedure, la Regione Lazio ha stabilito che l'utente già beneficiario del contributo economico per la disabilità gravissima, non deve ripresentare ogni anno la domanda, ma ha il dovere di comunicare eventuali nuovi e sostanziali elementi sopravvenuti:

- scelta di una diversa modalità di assistenza;
- attivazione di ulteriori servizi e prestazioni sociali;
- indicazione di un diverso caregiver e/o di cambiamento dello stato anagrafico del caregiver;
- nuova attestazione ISEE Sociosanitario;
- attestazione dell'aggravamento della compromissione funzionale.
- variazioni nello stato di famiglia;
- cambio residenza dell'utente e/o caregiver;
- scadenza documenti di identità del beneficiario del contributo e/o del caregiver.

Sarà cura dei servizi preposti ricontattare l'utente per il monitoraggio in itinere dell'attuazione del PAI, provvedendo ad eventuali rimodulazioni delle condizioni stabilite precedentemente.

Il beneficio (entità del contributo) riconosciuto all'utente potrà essere rideterminato in base agli aggiornamenti sopraindicati.

Resta fermo:

- l'obbligo della presentazione del **modello I.S.E.E. Sociosanitario** aggiornato entro il 30 aprile di ogni anno, **a pena di decadenza del beneficio**;
 - l'obbligo della presentazione, nei casi in cui è previsto dalla legge, di copia del provvedimento di Amministratore di Sostegno/Tutore Legale, o della ricevuta dell'avvenuta presentazione della richiesta presso il Tribunale competente.
- In caso di non conformità della documentazione, l'utente sarà sostenuto nel processo di regolarizzazione.

Nel caso in cui l'UVM lo ritenga necessario, inoltre, gli utenti possono essere convocati per l'accertamento e la verifica dei requisiti sanitari.

Si precisa che gli utenti riconosciuti idonei in graduatoria già nelle annualità precedenti hanno diritto alla continuità assistenziale compatibilmente con le risorse a valere sul FNA e con quelle messe a disposizione da parte della Regione Lazio, laddove permangano le condizioni che ne abbiano consentito l'accesso.

b) NUOVI RICHIEDENTI

Trattandosi di un bando sempre aperto, gli utenti che partecipano per la prima volta al bando per l'accesso ad uno degli interventi previsti dal presente avviso pubblico, possono presentare l'istanza in qualsivoglia momento.

Accertata la sussistenza dei requisiti sanitari (condizione di disabilità gravissima non reversibile nel tempo) attraverso lo strumento di valutazione SVAMDI (Scheda di Valutazione Multidimensionale delle persone con disabilità), il beneficio è riconosciuto in base all'ordine cronologico di presentazione della domanda compatibilmente con la disponibilità finanziaria. In caso di insufficienza di risorse, verrà costituita una lista d'attesa che scorrerà nei casi di rinuncia, decesso, mancata permanenza dei requisiti di ammissione al beneficio di utenti in carico, o in caso di ulteriori erogazioni di risorse destinate a questo intervento, sempre in base all'ordine cronologico di arrivo delle istanze.

Una volta presentata la domanda, verrà attivato il percorso di presa in carico integrata con valutazione multidimensionale del bisogno che deve concludersi entro 90 gg dalla presentazione della domanda.

I servizi territoriali procederanno ad una verifica annuale sull'adeguatezza del progetto assistenziale e del beneficio (entità del contributo) riconosciuto all'utente.

Gli utenti che presentano la domanda per la prima volta dovranno allegare all'istanza la seguente documentazione, **a pena di esclusione**:

- 1) Autocertificazione della situazione familiare con l'indicazione dei componenti. (mod. A).
- 2) Autocertificazione del caregiver attestante la residenza – solo per chi presenta domanda per il “contributo di cura” (mod. B).
- 3) Certificazione medica attestante lo stato di disabilità gravissima ai sensi dell'art.3 comma 2 del decreto 26 settembre 2016 rilasciata da un medico specialista di una struttura pubblica (mod. C). N.B. Le scale di valutazione del DM 26/09/2016 vanno compilate e siglate in ogni pagina.
- 4) Copia del contratto di lavoro e attestato di qualifica nei casi di assistenza prestata da personale qualificato esterno alla famiglia (domanda di “Assegno di Cura”).
- 5) Copia della certificazione medica attestante l'**indennità di accompagnamento**, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o certificazione di **non autosufficienza** ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013 e, per chi ne è in possesso, copia della certificazione medica ai sensi della **L. 104/92**.
- 6) Documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo.
- 7) Documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo.
- 8) Copia documento di iban postale o bancario con nominativo dell'intestatario (non verranno presi in considerazione codici iban scritti a mano).
- 9) Copia della nomina del Tribunale relativa all'Amministratore di Sostegno/Tutore Legale, o della ricevuta dell'avvenuta presentazione della richiesta nei casi in cui è previsto dalla legge.
- 10) Copia del permesso di soggiorno e/o carta di soggiorno in corso di validità, qualora si tratti di persona straniera extracomunitaria.

- 11) Modello **I.S.E.E. Sociosanitario** (indicatore della situazione economica equivalente) **in corso di validità**, attestante la condizione economica per i nuclei familiari con componenti con disabilità secondo il DPCM del 5 dicembre 2013, n.159 avente ad oggetto il “Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell’indicatore della situazione economica equivalente I.S.E.E)” e la legge 26 maggio 2016, n.89.

Si fa presente che le domande prive della documentazione richiesta non verranno accolte e non sarà ammessa alcuna integrazione.

ISTRUTTORIA ED AMMISSIONE

Gli interventi previsti dal presente avviso pubblico saranno erogati agli aventi diritto fino a concorrenza delle risorse disponibili in ambito distrettuale, tenendo conto degli importi minimi e massimi e dei criteri di priorità per l’accesso alle prestazioni.

Per accedere alla graduatoria sarà determinante:

- il riscontro della regolarità dell’istanza e dei relativi allegati;
- la predisposizione del Piano Individualizzato di Assistenza (**PAI**) sulla base delle risultanze della visita domiciliare dell’Assistente Sociale territorialmente competente.

L’assegno/contributo di cura verrà erogato agli aventi diritto in graduatoria mediante bonifico bancario con cadenza mensile, previa disponibilità nelle casse comunali delle risorse assegnate dalla Regione Lazio e fino a concorrenza delle somme disponibili.

TERMINI E MODALITA’ PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

I nuovi richiedenti possono presentare l’istanza per la concessione dell’assegno/contributo di cura o del sostegno economico per interventi complementari al percorso di assistenza domiciliare o per gli interventi di assistenza domiciliare in qualsiasi momento (bando aperto).

La richiesta dell’assegno/contributo di cura o del sostegno economico per interventi complementari al percorso di assistenza domiciliare o per gli interventi di assistenza domiciliare dovrà essere presentata su apposita modulistica reperibile sul sito istituzionale del Comune di Tivoli, sul sito istituzionale della ASL RM 5 di Tivoli, presso gli uffici URP del Comune di Tivoli e dei comuni del distretto, e presso il P.U.A. centrale collocato in Piazza Massimo n.1 - Tivoli. La domanda dovrà essere consegnata a mano presso gli uffici URP dei comuni del distretto, o a mezzo posta con R/R citando in oggetto “NON APRIRE, CONTIENE DOCUMENTI BANDO DISABILITA’ GRAVISSIMA” (farà fede la data di arrivo e non di spedizione), o via PEC all’indirizzo: info@pec.comune.tivoli.rm.it.

Per maggiori dettagli rispetto a quanto riportato nel presente avviso si rinvia alla consultazione delle linee guida operative per le prestazioni assistenziali, componente sociale, in favore delle persone in condizione di disabilità gravissima emanate con Delibera della Regione Lazio n. 104 del 07/03/2017, Deliberazione della Regione Lazio n. 430 del 28/06/2019, Deliberazione della Regione Lazio n. 395 del 23/06/2020, Deliberazione Giunta n. 897 del 09/12/2021, e al decreto 26 settembre 2016 e ad ogni altro riferimento di legge richiamato.

Per ricevere informazioni e/o per essere supportato nella compilazione della domanda, è possibile contattare l’Ufficio di Segretariato Sociale e l’ufficio PUA (Punto Unico di Accesso) rispettivamente ai seguenti numeri:

0774 – 453205

0774 - 704763

Il presente avviso e la relativa modulistica sono pubblicati sull’Albo Pretorio del Comune di Tivoli, sul sito istituzionale del Comune di Tivoli www.comune.tivoli.rm.it, e sul sito istituzionale della ASL Roma 5 distretto di Tivoli.

Tivoli, 14/02/2022

Il Dirigente Settore IV
Avv. Maria Teresa Desideri