



AVVISO PUBBLICO

INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISABILITÀ 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”;
- Vista la Legge 5 febbraio 1992, n.104 “Legge-quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate” come modificata dalla legge 21 maggio 1998, n.162;
- 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;
- 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;
- Visto l’articolo 26, comma 5, della Legge Regionale n.11 del 10 agosto 2016, così come sostituito dall’articolo 21, comma 19, della legge regionale 28 dicembre 2018, n. 13;
- 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;
- Vista 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;
- Vista 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;
- Vista la Deliberazione della Regione Lazio 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;
- Vista la Deliberazione della Regione Lazio n.341/2021 recante “Linee guida regionali per il riconoscimento del caregiver familiare, la valorizzazione sociale del ruolo e la promozione di interventi di sostegno”;
- Vista la Determinazione dirigenziale n. G09503 del 14.07.2021 che assegna al Distretto sociosanitario Roma 4.3 la somma di € 37.769,43 per la programmazione di azioni ed interventi di sostegno al ruolo di cura ed assistenza del caregiver familiare come definito dall’art. 1, comma 254, della Legge 205/2017;



- Vista la Deliberazione della Regione Lazio n. 897 del 09.12.2021 concernente l'aggiornamento delle linee guida regionali per la programmazione territoriale delle prestazioni assistenziali domiciliari in favore degli utenti in condizione di disabilità gravissima;
- Ritenuto, nelle more dell'assegnazione delle risorse da parte della Regione Lazio, procedere alla indizione dell'avviso pubblico per le finalità trattate, al fine di garantire la continuità dei servizi;
- Atteso che l'erogazione dei contributi e degli assegni di cura sarà possibile a seguito della liquidazione delle risorse da parte della Regione Lazio;

SI RENDE NOTO

che in applicazione della normativa sopracitata, le persone affette da disabilità gravissima (o chi ne ha la rappresentanza legale degli interessi), residenti sul territorio del Distretto Socio-Sanitario Roma 4.3, possono presentare istanza per la concessione di:

- **Assegno di cura;**
- **Assistenza Caregiver – contributo di Cura;**
- **Sostegno economico a supporto del pagamento di interventi complementari;**

secondo modalità e tempistiche di seguito specificate.

Art. 1 - Destinatari

I destinatari delle prestazioni assistenziali, previste dal presente Avviso, sono persone residenti in uno dei Comuni convenzionati del Distretto ROMA 4.3, beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18 del 11.02.1980, 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) – ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n.159 del 2013 e Decreto interministeriale del 26.09.2016 – e per le quali sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:

- a) persone in condizione di coma, stato vegetativo (SV) oppure in stato di minima coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow coma scale (GCS) minore o uguale a 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) maggiore o uguale a 4;
- d) persone con lesioni spinali fra C0 e 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 lesioni di grado A o B;
- e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo minore o uguale 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expandend Disability Status Scale (EDSS) maggiore o uguale a 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% 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 a livello 3 della classificazione del DSM-5;
- h) persone con diagnosi di ritardo mentale grave o profondo secondo classificazione DSM-5, con QI minore o uguale a 34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMEL) minore o uguale a 8;
- i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, 7 giorni su 7, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

Saranno inoltre destinatari di tali interventi le persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con assenza di movimento – ad esempio: SLA grave – Distrofia Muscolare grave – Miastenia grave.

La DGR 897/2021, in linea con quanto previsto anche dal DPCM 21 novembre 2019, stabilisce la continuità assistenziale agli utenti già in carico, attualmente beneficiari del contributo che avranno, quindi, la priorità garantendo loro l'erogazione degli importi minimi, sulla base delle risorse disponibili.

Art. 2 - Finalità e tipologie di prestazioni ammesse al finanziamento

In attuazione della D.G.R. 104/17 e della Determinazione regionale n. G15088/16, saranno finanziati dei Piani Assistenziali Individualizzati (P.A.I.) in forma di assistenza domiciliare e di aiuto personale (anche della durata di 24 h e nei giorni festivi), che avranno la finalità di favorire la permanenza del disabile gravissimo presso il proprio domicilio, promuovendo l'appropriatezza e l'efficacia delle cure domiciliari ad alta integrazione socio-sanitaria in un'ottica di supportare il nucleo familiare alleggerendone i compiti assistenziali.

Le aree di intervento prioritarie sono:

- 1) ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA: supporto di tipo economico per l'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliare nelle forme individuate dalle Regioni o per la fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato previsto dal PAI (assegno di cura o contributo di cura);
- 2) ASSISTENZA DOMICILIARE DIRETTA: incremento delle ore di assistenza domiciliare, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, secondo il (PAI) Piano Assistenziale Individuale (per gli utenti che già usufruiscono del servizio di assistenza domiciliare distrettuale);
- 3) INTERVENTI COMPLEMENTARI ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE EROGATA DAL CAREGIVER FAMILIARE (DGR 341/2021): interventi di sollievo e sostegno destinati al caregiver familiare, riconosciuto formalmente nell'ambito del PAI della persona con disabilità, che possono riguardare attività informative e formative per il caregiver; sostituzioni programmate e/o in emergenza; attività di supporto pratico; sostegno emotivo e/o relazionale individuale e/o di gruppo;
- 4) INTERVENTI COMPLEMENTARI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica).

Il presente avviso pubblico prevede l'assegnazione di un contributo economico per le seguenti due tipologie di interventi:

**1.a) Intervento di assistenza alla persona - Assegno di Cura**

Gli assegni di cura, ai sensi dell'art. 25 comma 2 lett. A, della L.R. 11/16, e i programmi di aiuto alla persona attuati da personale scelto direttamente dagli assistiti, ai sensi dell'art. 21, comma 19, della legge regionale 28 dicembre 2018, n. 13, sono benefici a carattere economico o titoli validi per l'acquisto di prestazioni svolte da soggetti accreditati dal sistema integrato finalizzati a sostenere le famiglie che si prendono cura dei familiari non autosufficienti.

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 un **minimo di € 500,00 ed un massimo di € 800,00 mensili, per 12 mensilità.**

La misura di sostegno sarà graduata in funzione dell'ISEE sociosanitario e della compresenza di altri servizi/prestazioni socioassistenziali già attivi in favore dell'utente, come da Linee Guida e meglio specificato nelle tabelle di seguito riportate:

Servizi socioassistenziali compresenti rispetto al beneficio riconosciuto all'utente in 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 1 (uno) dei seguenti servizi: <ul style="list-style-type: none">- Assistenza domiciliare fino a 12 ore settimanali;- HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a € 300,00	3,5
Compresenza di almeno 1 (uno) dei seguenti servizi: <ul style="list-style-type: none">- Assistenza domiciliare tra le 13 e le 18 ore settimanali;- HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a € 450,00;- 1 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale	3
Compresenza di almeno 1 (uno) dei seguenti servizi: <ul style="list-style-type: none">- Assistenza domiciliare tra le 19 e le 24 ore settimanali;- HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a € 600,00;- 2 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale	2,5
Compresenza di almeno 1 (uno) dei seguenti servizi: <ul style="list-style-type: none">- Assistenza domiciliare tra le 25 e le 30 ore settimanali;- HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a € 750,00;- 3 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale	2



Compresenza di almeno 1 (uno) dei seguenti servizi: <ul style="list-style-type: none">- Assistenza domiciliare maggiore di 30 ore settimanali;- HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza maggiori di € 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 1 (uno) dei seguenti servizi: <ul style="list-style-type: none">- 5 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale;- Almeno 3 gg/settimana di frequenza di un laboratorio	1

Si specifica che:

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

FASCIA ISEE SOCIO SANITARIO	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;
- punto 0, per ISEE maggiori di 65.000 euro.

La tabella corrispondente al punteggio ISEE è così integrata:

FASCIA ISEE SOCIO SANITARIO	PUNTEGGIO PER ISEE/UTENTE ADULTO	PUNTEGGIO AGGIUNTIVO PER ISEE/UTENTE MINORE	PUNTEGGIO TOTALE 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

Pertanto, ai fini della definizione del contributo economico da erogare si riporta la seguente tabella:

TOTALE DEL PUNTEGGIO OTTENUTO A SEGUITO DELL'APPLICAZIONE DEI DUE PARAMETRI: PRESENZA SERVIZI/ ISEE SOCIO SANITARIO	CONTRIBUTO DA EROGARE
Punteggio compreso tra 1 – 3	€ 500,00
Punteggio compreso tra 4 – 6	€ 600,00
Punteggio compreso tra 7 – 8	€ 700,00
Punteggio compreso tra 9 – 12	€ 800,00

Ne consegue, a titolo di esempio, che agli utenti che non fruiscono di altri servizi/prestazioni e che presentano un ISEE sociosanitario fino a € 25.000,00 viene assegnato un importo di € 800,00.

Soddisfatte le richieste di assistenza di tutti gli aventi diritto, e previa la disponibilità economica in bilancio nella misura di cui trattasi, l'assegno di cura potrà essere rimodulato in aumento, fino ad un massimo di € 200,00 mensili.

In tale ultima ipotesi, a seguito di convocazione dell'UVMD, vi sarà una rimodulazione in relazione alla gravità della compromissione funzionale.

In attuazione dell'articolo 26, comma 5, della legge regionale 10 agosto 2016, n. 11, sostituito dall'articolo 21, comma 19, della legge regionale 28 dicembre 2018, n. 13, i programmi di aiuto alla persona sono attuati da personale scelto direttamente dagli assistiti e dalle famiglie attraverso l'instaurazione di un rapporto di lavoro a norma di legge, con verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia. Il servizio sociale professionale, di cui all'articolo 24 della legge regionale 10 agosto 2016, n. 11, in sede di valutazione multidisciplinare dei bisogni della persona, in presenza di bisogni complessi può prevedere nel piano assistenziale individuale l'impiego di operatori qualificati.

Il personale incaricato a svolgere il Servizio, sia esso assunto in forma privata che attraverso Enti del Terzo Settore, in rispetto a quanto sopra indicato, potrà essere adeguatamente formato e dovrà essere assunto con regolare contratto. Gli operatori qualificati addetti allo svolgeranno del servizio dovranno avere una delle seguenti professionalità:

- Operatore SocioSanitario (OSS);
- Assistente domiciliare e dei servizi tutelari (ADEST);
- Operatore SocioAssistenziale (OSA);
- Operatore Tecnico Ausiliario (OTA);
- Assistente Familiare (DGR 607/2009);
- Diploma quinquennale professionale nel settore dei servizi socio sanitari.

L'Assegno di Cura è compatibile con la fruizione di altri servizi ed interventi, 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 a 30 giorni, decorso il quale il contributo verrà sospeso;
- Ricoveri di sollievo in strutture socio-sanitarie ed altre azioni di sollievo, complementari al percorso di assistenza domiciliare definito nel PAI.



L'Assegno di Cura non è compatibile, o se già attribuito sarà soggetto ad interruzione, nei seguenti casi:

- 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;
- Trasferimento della residenza della persona beneficiaria in altro comune non facente parte del Distretto Roma 4.3 o in altra Regione.

L'Assegno di Cura non può essere riconosciuto per rapporti di lavoro realizzati con familiari ed affini, come individuati all'art. 433 C.C.

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

In caso di ricovero permanente il finanziamento concesso verrà interrotto. L'utente o un suo familiare è tenuto a dare tempestiva comunicazione dell'avvenuto inserimento in struttura ai Servizi Sociali del Comune di residenza, indicando la data dell'inserimento.

L'assegno di cura è riconosciuto:

- per gli utenti già beneficiari della misura in oggetto, in continuità, previa rivalutazione dell'importo sulla base dei nuovi criteri di attribuzione;
- per i nuovi utenti, a decorrere dalla data in cui il Distretto sociosanitario Roma 4.3 dispone delle risorse necessarie a soddisfare la singola domanda, con accesso progressivo alla misura di sostegno secondo l'ordine cronologico di presentazione della stessa;
- per gli utenti aventi diritto in lista d'attesa, a decorrere dalla data in cui il Distretto sociosanitario Roma 4.3 dispone 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 sarà rimborsato con cadenza mensile, a seguito della presentazione della rendicontazione delle spese sostenute, comprensiva delle fatture del mese relativo alla richiesta di rimborso.

1.b) Assistenza Caregiver – “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 in alternativa mediante la fornitura diretta di servizi e prestazioni di assistenza da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato.

La legge regionale n. 11/2016, all'art. 26, comma 8, prevede il riconoscimento ed il supporto alla figura del caregiver familiare, quale componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato.

Il caregiver familiare 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.

L'UVM socio sanitaria, cui è rimessa la valutazione multidimensionale del bisogno in sede di definizione del PAI, riconosce formalmente la figura del caregiver familiare, convivente con la persona assistita e stabilisce il contributo di cura e le attività assistenziali richieste nel P.A.I. che concorrono all'attuazione delle cure domiciliari previste.

Il caregiver deve rapportarsi, in modo continuo, con gli altri operatori del sistema dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari professionali e deve confrontarsi costantemente, oltretutto con un referente per l'assistenza sanitaria, anche con il responsabile del PAI che diventa figura di riferimento per il caregiver.



L'importo del "contributo di cura" per gli utenti in condizione di disabilità gravissima, assistiti dal caregiver individuato nel PAI, è compreso tra un **minimo di € 400,00 ed un massimo di € 700,00 mensili, per 12 mensilità.**

La misura di sostegno sarà graduata in funzione dell'ISEE sociosanitario e della compresenza di altri servizi/prestazioni socioassistenziali già attivi in favore dell'utente, come meglio specificato nelle tabelle di seguito riportate:

Servizi socioassistenziali compresenti rispetto al beneficio riconosciuto all'utente in 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 1 (uno) dei seguenti servizi: <ul style="list-style-type: none">- Assistenza domiciliare fino a 12 ore settimanali;- HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a € 300,00	3,5
Compresenza di almeno 1 (uno) dei seguenti servizi: <ul style="list-style-type: none">- Assistenza domiciliare tra le 13 e le 18 ore settimanali;- HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a € 450,00;- 1 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale	3
Compresenza di almeno 1 (uno) dei seguenti servizi: <ul style="list-style-type: none">- Assistenza domiciliare tra le 19 e le 24 ore settimanali;- HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a € 600,00;- 2 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale	2,5
Compresenza di almeno 1 (uno) dei seguenti servizi: <ul style="list-style-type: none">- Assistenza domiciliare tra le 25 e le 30 ore settimanali;- HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a € 750,00;- 3 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale	2



Compresenza di almeno 1 (uno) dei seguenti servizi: <ul style="list-style-type: none">- Assistenza domiciliare maggiore di 30 ore settimanali;- HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza maggiori di € 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 1 (uno) dei seguenti servizi: <ul style="list-style-type: none">- 5 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale;- Almeno 3 gg/settimana di frequenza di un laboratorio	1

Si specifica che:

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

FASCIA ISEE SOCIO SANITARIO	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;
- punto 0, per ISEE maggiori di 65.000 euro.

La tabella corrispondente (punteggio ISEE) è così integrata:

FASCIA ISEE SOCIO SANITARIO	PUNTEGGIO PER ISEE/UTENTE ADULTO	PUNTEGGIO AGGIUNTIVO PER ISEE/UTENTE MINORE	PUNTEGGIO TOTALE 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

Pertanto, ai fini della definizione del contributo economico da erogare si riporta la seguente tabella:

TOTALE DEL PUNTEGGIO OTTENUTO A SEGUITO DELL'APPLICAZIONE DEI DUE PARAMETRI: PRESENZA SERVIZI/ ISEE SOCIO SANITARIO	CONTRIBUTO DA EROGARE
Punteggio compreso tra 1 – 3	€ 400,00
Punteggio compreso tra 4 – 6	€ 500,00
Punteggio compreso tra 7 – 8	€ 600,00
Punteggio compreso tra 9 – 12	€ 700,00

Ne consegue, a titolo di esempio, che agli utenti che non fruiscono di altri servizi/prestazioni e che presentano un ISEE sociosanitario fino a € 25.000,00 viene assegnato un importo di € 700,00.

Previa disponibilità economica in bilancio nella misura di cui trattasi, il contributo di cura potrà essere rimodulato in aumento, fino ad un massimo di ulteriori € 200,00 mensili. Per garantire l'omogeneità a livello territoriale, il tetto massimo per la eventuale rimodulazione dovrà essere determinato in UVM in relazione alla gravità della compromissione funzionale ed alla convivenza del caregiver.

Il contributo di cura è finalizzato a prevenire e/o contrastare possibili forme di disagio economico derivanti dall'assunzione dell'onere di cura da parte del caregiver che comporta, necessariamente, un cambiamento di condizione e di ruolo professionale cui, spesso, sono connessi anche importanti risvolti di natura economica per il nucleo familiare.

Il contributo di cura **è cumulabile** con pensioni, indennità di accompagnamento ed ogni altro assegno a carattere previdenziale e/o assicurativo riconosciuto all'utente; **è cumulabile** altresì con altri interventi di assistenza sociale domiciliare, già attivi in favore del cittadino e coperti da risorse regionali, qualora trattasi di servizi socioassistenziali o contributi per l'acquisizione di prestazioni socioassistenziali i cui oneri gravino su fondi non destinati alla disabilità gravissima.

Il contributo di cura **non è cumulabile**, invece, con l'assegno di cura previsto per l'intervento di assistenza alla persona precedentemente descritto.

Il contributo di cura, 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, sociosanitarie o socioassistenziali;
- trasferimento della residenza da parte dell'utente in altro comune non facente parte del Distretto Roma 4.3 o in un'altra Regione. **In questi casi sarà cura della famiglia comunicare all'Ufficio di Piano del Distretto Roma 4.3 la data di ricovero e la data di dimissioni, pena la restituzione di quanto indebitamente percepito.**

Il contributo di cura è riconosciuto:

- per gli utenti già beneficiari della misura in oggetto, in continuità, previa rivalutazione dell'importo sulla base dei nuovi criteri di attribuzione;
- per i nuovi utenti, a decorrere dalla data in cui il Distretto Roma 4.3 dispone delle risorse necessarie a soddisfare la singola domanda, con accesso progressivo alla misura di sostegno secondo l'ordine cronologico di presentazione della stessa;



- per gli utenti aventi diritto in lista d'attesa, a decorrere dalla data in cui il Distretto sociosanitario Roma 4.3 dispone delle risorse necessarie a soddisfare la singola domanda, con accesso progressivo alla misura di sostegno secondo l'ordine cronologico di presentazione.

2) ASSISTENZA DOMICILIARE DIRETTA

È possibile richiedere l'attivazione dell'assistenza domiciliare o l'incremento della stessa, qualora sia già attiva, quale intervento prestato da personale qualificato, 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, ossia iscritti presso il medesimo registro gestito dal Comune di Bracciano – Ente Capofila del Distretto Roma 4.3, previa scelta del richiedente, e verrà articolata in base alle necessità emerse nella stesura del piano di intervento.

Qualora l'Operatore o l'ente del Terzo settore non fosse iscritto nei Registri di Accreditamento del Distretto Roma 4.3, lo stesso sarà tenuto ad iscriversi (solo se in possesso dei requisiti previsti) entro **tre mesi** dalla sottoscrizione del contratto da parte del beneficiario del Servizio.

Tale adempimento risulta essenziale per il proseguimento dell'erogazione del sostegno economico.

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.

3) INTERVENTI COMPLEMENTARI ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE EROGATA DAL CAREGIVER FAMILIARE (DGR 341/2021):

Per ciascun utente beneficiario del contributo di cura è previsto un importo, da stabilire in base alla disponibilità del Distretto Roma 4.3, che può essere utilizzato per l'attivazione di azioni ed interventi per il sostegno al caregiver familiare, formalmente riconosciuto nella fase di definizione del PAI. Sarà cura del Distretto Roma 4.3 definire la programmazione di tali azioni ed interventi.

Le azioni e gli interventi per il sostegno al caregiver familiare potranno essere scelte tra le seguenti, anche in maniera cumulativa:

- 1. Informazione base sulle procedure per l'accesso alle prestazioni assistenziali** offerte dal sistema integrato ed orientamento alle diverse opportunità e misure di sostegno per il "caregiver familiare". Creazione di percorsi agevolati per l'accesso alle informazioni dei caregiver familiari relativamente ai servizi attivati in ambito comunale e distrettuale.
- 2. Formazione al "caregiver familiare"** riconosciuto dai servizi per accrescere la consapevolezza del ruolo e facilitare la gestione dello stress e delle situazioni di emergenza. Formazione specifica anche su aspetti tecnici (focali) che consentano al "caregiver familiare" di svolgere, in modo adeguato, le attività di assistenza quotidiana e di autogestirsi tenuto conto della complessità della condizione di disabilità e delle capacità individuali.

Le iniziative di formazione, individuali e di gruppo, saranno ripetute nel corso del tempo.

- 3. Riconoscimento delle competenze:** le competenze maturate dal caregiver familiare durante il percorso di cura ed assistenza alla persona con disabilità o non autosufficiente, possono essere valutate, a richiesta della persona interessata, ai fini del riconoscimento di crediti formativi di frequenza nell'ambito di percorsi formali, finalizzati all'acquisizione di competenze o dell'attestato di qualifica relativo a profili presenti nel Repertorio regionale.

Le competenze possono altresì essere valutate nell'ambito dei servizi di individuazione/validazione, ai fini della certificazione delle competenze, nel rispetto delle disposizioni nazionali e regionali vigenti.

4. Sollievo programmato

- accoglienza temporanea dell'assistito in struttura residenziale o semi-residenziale;



- sollievo a domicilio per consentire al caregiver familiare momenti di pausa, anche rimanendo nel proprio domicilio;
- sostituzioni domiciliari di sollievo in casi di assenza prolungata del caregiver familiare per motivi clinici o in situazioni di particolare necessità rimesse alla valutazione esclusiva dei competenti servizi territoriali.

5. Sollievo in emergenza

- supporto nelle situazioni di temporanea impossibilità ad assistere il familiare per malattia o altri eventi non programmabili (es. sostituzione con operatori professionali);
- servizi di teleassistenza o altre forme di supporto a distanza per aiutare, su richiesta, il “caregiver familiare” nella gestione di emergenza e criticità;
- supporto in caso di ricovero per malattia della persona assistita (specie se minore di età).

L'intervento di sollievo di emergenza dovrà essere attivato entro le 48 ore successive alla richiesta.

6. Ascolto e supporto psicologico relazionale attraverso la programmazione di incontri, individuali o di gruppo, a cadenza periodica, per offrire al “caregiver familiare” ascolto, consulenza psicologica e, ove necessario, attivazione di percorsi psicoterapeutici di sostegno mirato sulla base della valutazione del burden.

7. Sostegno di gruppo:

- iniziative di auto mutuo aiuto per favorire la condivisione, l'aiuto tra “pari”, la solidarietà tra persone che vivono la stessa esperienza, l'empowerment;
- iniziative per contrastare l'isolamento sociale (momenti ricreativi, vacanze, week end sollievo);
- iniziative di promozione del benessere fisico e mentale (es. gruppi di cammino);
- iniziative legate a specifiche patologie che, per la loro complessità, comportano un maggiore impatto (es. caffè Alzheimer). Le azioni e gli interventi sopra descritti costituiscono il ventaglio di risposte istituzionali da attivare a tutela del benessere psico fisico del “caregiver familiare” riconosciuto. Le stesse andranno personalizzate in base alla valutazione multidimensionale dei bisogni personali e, nella priorità e nella graduazione, avrà rilievo il carico assistenziale sostenuto (intensità, durata, situazione familiare, professionale ecc.), tenendo in particolare considerazione la situazione del caregiver convivente per una lunga durata con la persona con disabilità e, soprattutto, la condizione del caregiver convivente ed unico parente.

4) INTERVENTI COMPLEMENTARI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA SLA

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

La DGR 897/2021 fissa in euro 300,00 il valore massimo del contributo assistenziale in favore dell'utente affetto da SLA in condizione di disabilità gravissima. L'importo è determinato in base alla valutazione della complessità del bisogno assistenziale e della correlata gravosità dell'onere assistenziale per l'intero ambito familiare. Il contributo regionale può avere, quindi, carattere integrativo rispetto ad altri servizi territoriali e misure di sostegno socioassistenziali 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.

Art. 3 - Valutazione multidisciplinare della disabilità gravissima



Ai fini della determinazione della gravità della patologia comportante disabilità gravissima, le linee guida proposte dalla Regione Lazio sottolineano la centralità dell'integrazione socio-sanitaria in tutti i processi che coinvolgono persone in condizioni di disabilità gravissima e, pertanto, ribadiscono la necessità della valutazione multidimensionale dell'utente con disabilità fisica, psichica e sensoriale, ai fini della presa in carico, e la continuità del processo assistenziale.

Verrà stilato un PAI attraverso U.V.M.D., su istanza dell'interessato e/o di un suo familiare di cui all'art. 14 del legge 328/2000.

L'accertamento della patologia determinante disabilità gravissima è certificata (Allegato D) dalla struttura sanitaria pubblica, in linea con quanto sancito all'art. 3 del D.M. del 26.09.2016.

Tutte le attività, oggetto del P.A.I, dovranno avere una durata massima di un anno solare a decorrere dalla sottoscrizione del contratto (assegno di cura) o della comunicazione dell'avvio del finanziamento (contributo di cura).

L'UVMD integrata è composta dall'Assistente Sociale del Servizio Sociale, dal medico incaricato dall'ASL Roma 4.3, dal Medico di Medicina Generale e da ogni altra figura rilevante di riferimento indicata dal richiedente/famiglia.

Art. 4 - Termini e modalità di presentazione della domanda

1. UTENTI IN CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Le linee guida approvate con DGR n. 104/2017, aggiornate successivamente con DGR n. 430/2019, con 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, fatta salva la rimodulazione dell'entità del contributo/assegno di cura, in considerazione di quanto previsto dalla DGR 897/2021, della variazione delle condizioni sociosanitarie eventualmente intervenute e nel rispetto del principio di "equità sociale", secondo cui tutti gli idonei a ricevere il contributo, in considerazione della loro condizione di fragilità sociale, hanno diritto ad accedere al sistema integrato dei servizi.

Al fine di semplificare le procedure, la Regione Lazio stabilisce che l'utente, già beneficiario del contributo economico per la disabilità gravissima, non deve ripresentare ogni anno la domanda. Sarà cura del Servizio Sociale di residenza ricontattare l'utente per il monitoraggio in itinere dell'attuazione del PAI, provvedendo ad eventuali rimodulazioni delle condizioni stabilite precedentemente, che avverranno in sede di UVMD.

Il monitoraggio avverrà con cadenza annuale.

L'utente, durante l'arco di tutta l'annualità di progetto, è tenuto a comunicare tempestivamente al Servizio Sociale di residenza eventuali variazioni delle proprie condizioni, quali:

- scelta di una diversa modalità di assistenza;
- attivazione o cessazione di ulteriori servizi e prestazioni sociali;
- indicazione di un diverso caregiver e/o di cambiamento dello stato anagrafico del caregiver (convivenza);
- nuova attestazione ISEE ordinario del nucleo familiare;
- 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.

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, attestante la condizione economica per i nuclei familiari con componenti con disabilità secondo il DPCM del 5 dicembre 2013, n.159 e la legge 26 maggio 2016, n.89, entro il 30 aprile di ogni anno, richiedibile dal 15 gennaio dell'annualità di contributo e con scadenza 31 dicembre, **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.

2. NUOVI RICHIEDENTI

Il presente bando viene emesso in modalità aperta, ciò permette a qualsiasi interessato, la presentazione della domanda di accesso al contributo, redatta sulla base del modello predisposto dall'Amministrazione allegato al presente Avviso, in qualunque momento dell'anno.

La graduatoria resterà sempre aperta e verrà aggiornata con cadenza trimestrale dalla UVMD.

Si procederà allo scorrimento della graduatoria nei casi di rinuncia, decesso, mancata permanenza dei requisiti di ammissione al beneficio di utenti in carico, o in caso di maggiori disponibilità di risorse destinate a questo intervento, tali da estendere il beneficio ad un numero superiore di utenti utilmente collocati in graduatoria.

La domanda deve essere presentata al Comune di residenza.

Ciò attiva il percorso di presa in carico integrata con la convocazione bimestrale della UVMD per la valutazione delle domande di accesso, l'aggiornamento della graduatoria, l'elaborazione del PAI e la comunicazione dell'esito all'utente entro tre mesi, così come previsto dall'art 9 della DGR 897 del 9/12/2021.

L'utente che già benefici del contributo assistenziale per la disabilità gravissima non dovrà riproporre la domanda nelle successive annualità, fatta salva l'ipotesi in cui la stessa debba essere aggiornata sulla base di 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 (convivenza);
- nuova attestazione ISEE sociosanitaria;
- attestazione dell'aggravamento della compromissione funzionale;

e, pertanto, l'utente è tenuto a contattare il Servizio Sociale professionale del Comune di residenza per fornire la documentazione ai fini dell'aggiornamento.

I servizi territoriali procederanno ad una verifica annuale sull'adeguatezza del progetto assistenziale e del beneficio (entità del contributo) riconosciuto all'utente che potrà essere rideterminato in base agli aggiornamenti sopraindicati, ai sensi della Deliberazione Giunta Regionale n. 897 del 09/12/2021.

Per partecipare al presente avviso occorre presentare istanza sull'apposita modulistica pubblicata sui siti istituzionali dei Comuni del Distretto o disponibile presso i Servizi Sociali del Comune di residenza, ai seguenti indirizzi:



1. Bracciano: bracciano.protocollo@pec.it;
2. Anguillara Sabazia: comune.anguillara@pec.it;
3. Canale Manzaniana: info.comunemanzaniana@pec.it;
4. Trevignano Romana: protocollo.trevignanoromano@legalmail.it;
5. Canale Monterano: info@pec.comune.canalemonterano.rm.it.

corredata della seguente necessaria documentazione:

- Copia documento di identità in corso di validità dell'utente e del richiedente;
- Copia documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo;
- Certificazione del medico di base nel quale siano specificate tutte le patologie di cui è affetto il paziente;
- 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;
- Copia della certificazione medica ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3;
- Copia del contratto di lavoro e attestato di qualifica nei casi di assistenza prestata da personale qualificato esterno alla famiglia (solo per domanda di "Assegno di Cura"), nel caso in cui si è già in possesso di un contratto di assistenza;
- Comunicazione estremi bancari/postali (All. B) (non verranno presi in considerazione codici IBAN non leggibili);
- 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;
- Copia del permesso di soggiorno e/o carta di soggiorno in corso di validità, qualora si tratti di utente extracomunitario;
- Modello I.S.E.E. (indicatore della situazione economica equivalente) sociosanitario in corso di validità, attestante la condizione economica.

Art. 5 - Modalità di liquidazione del finanziamento

L'erogazione del titolo sociale avverrà a rimborso, con cadenza mensile, a seguito della presentazione della seguente documentazione:

1. **per l'Assegno di Cura** - l'utente o un suo familiare/delegato dovrà presentare, con cadenza mensile, la documentazione attestante le spese sostenute (busta paga, fattura dell'ente assistenziale) al Servizio Sociale del proprio Comune di residenza, pena la sospensione o l'interruzione del contributo se entro 3 mesi non viene consegnata la documentazione di cui sopra. Il Servizio Sociale provvederà a monitorare l'adesione al PAI da parte dell'utente e della sua famiglia. Saranno rimborsate le sole spese sostenute per l'assistenza.
2. **per il Contributo di Cura – Caregiver** - il Servizio Sociale provvederà, con cadenza bimestrale, a monitorare l'andamento dell'intervento (attraverso accessi domiciliari) e la sua corrispondenza con il P.A.I., al fine di confermare la continuità della figura del caregiver familiare, se aderente alle indicazioni/attività previste dal P.A.I.

Potranno essere effettuati controlli per verificare la veridicità delle dichiarazioni rese e la congruità del modello ISEE rispetto allo stato di famiglia.



Art. 6 - Revoca del finanziamento

Il non rispetto delle disposizioni definite nel presente bando, determinerà la sospensione del finanziamento e, nel caso di mancate giustificazioni delle contestazioni segnalate per iscritto nei tempi previsti, la revoca dello stesso. In particolare, possono determinare la revoca del finanziamento:

- l'utilizzo delle risorse economiche per scopi diversi da quelli definiti nel presente documento e previsti nel progetto individualizzato;
- documentazione di spesa non pertinente;
- mancato rispetto della normativa riguardante il contratto di lavoro degli assistenti personali.

Art. 7 - Cambio di residenza

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, sia in caso di prosecuzione del rapporto di lavoro già in essere che in caso di sottoscrizione del contratto con un nuovo operatore.

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 programmata dalla nuova Regione di residenza, a prescindere dalle modalità di erogazione e dagli importi riconosciuti. Resta fermo l'obbligo per l'utente di rendicontare le spese ammissibili a contributo, relative all'arco temporale suindicato, al distretto sociosanitario di provenienza e di inviare allo stesso, entro 15 gg. la comunicazione formale di avvenuto accesso all'assistenza 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 nel modo di seguito indicato.

Il distretto sociosanitario che ha programmato l'intervento e la correlata spesa, erogherà la misura di sostegno 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. Il budget annuale di programmazione per la disabilità gravissima, assegnato al distretto sociosanitario a cui afferisce il nuovo Comune di residenza, terrà, quindi, conto dell'incremento numerico del dato utenza per la presa in carico del nuovo beneficiario e della spesa necessaria ad erogare la prestazione assistenziale in suo favore.

Art. 8 - Trattamenti dei dati personali

Responsabile del Trattamento dei Dati Personali ex Regolamento UE n.679/2016 e D.Lgs.n.196/2003 come aggiornato dal D.Lgs.n.101/2018 è il Comune di Bracciano capofila del distretto RM.4.3.

Bracciano, lì _____