



**AVVISO PUBBLICO
PER IL FINANZIAMENTO DI PIANI DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATI
FINALIZZATI ALL'ATTUAZIONE DELLA COMPONENTE SOCIALE IN
FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI CON DISABILITÀ
GRAVISSIMA AI SENSI DEL DECRETO INTERMINISTERIALE 26.09.2016**

Vista la L. 328/2000;

Vista la L.R. n. 11/2016;

Visto il Piano Sociale di Zona 2017 del Distretto Roma 4.3 approvato con D.G.C. 252/2017, misura 3.2 "Disabilità Gravissima";

Vista la D.G.R. n. 430 del 2019

Vista la Determina Regionale n. G15088 del 15 dicembre 2016 di riparto e assegnazione agli ambiti territoriali delle risorse per l'erogazione di prestazioni assistenziali domiciliari in favore di soggetti in condizione di disabilità gravissima, ai sensi del decreto interministeriale 26.09.2016;

Vista la DGR 104/2017 con la quale si approvano le "Linee guida operative regionali agli ambiti territoriali per il servizio di assistenza domiciliare in favore delle persone in condizioni di disabilità gravissima"

SI RENDE NOTO

Che sono aperti i termini per la presentazione delle domande per la concessione di un "Assegno di Cura" e di un "Contributo di Cura – Caregiver" destinati al finanziamento di forme di assistenza domiciliare, per lo svolgimento di attività di aiuto e supporto alle persone in condizione di "disabilità gravissima". Si intenda che "la persona con disabilità gravissima" è persona che risulta dipendente, in tutto o in parte, da un accudente, presentando un deficit grave e completo.

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, 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 sancite nel Decreto interministeriale del 26.09.2016:

- 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 Expanded 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.

A titolo meramente esemplificativo e non esaustivo, saranno destinatari di tali interventi:

- Persone in condizione di Coma o in Stato Vegetativo;
- Persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita continuativa nell'arco delle 24 e 7 giorni su 7;
- Persone con grave o gravissimo stato di demenza – il paziente presenta severo deficit del linguaggio o della compromissione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da solo, nel controllare la funzione intestinale o vescicale – Paziente completamente incapace di comunicare, in stato vegetativo, allettato, incontinente;
- Persone con lesioni spinali fra C0 e C5 – Tetraplegici;
- Persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con assenza di movimento – ad esempio: SLA grave – Distrofia Muscolare grave – Miastenia grave;
- Persone non vedenti e con ipoacusia totale o parziale;
- Persone affette da comportamenti dello spettro autistico - Richiede supporto molto sostanziale - grave deficit nella comunicazione sociale, verbale e non verbale - iniziativa molto limitata nell'interazione sociale e minima risposta all'iniziativa altrui - Interessi ristretti e comportamenti ripetitivi che interferiscono marcatamente con il funzionamento in tutte le sfere - è molto difficile distogliere il soggetto dal suo focus di interesse, e se ciò avviene egli ritorna rapidamente ad esso;
- Persone con Ritardo Mentale Grave o Profondo non in grado di svolgere nessuna attività in autonomia con difficoltà a rispondere agli stimoli – Necessità di essere alimentato/vestito – Incontinente – Scarsa o Assente comunicazione – Assenza di manipolazione o scarso afferramento palmare – Stazionario nella carrozzina o si trasferisce con difficoltà;
- Ogni altra persone in condizione di dipendenza vitale in tutte le attività della vita quotidiana con compromissione severa dello stato di coscienza e con totale dipendenza nella nutrizione.

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.

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

1) Assegno di Cura

Gli assegni di cura, ai sensi dell'art. 25 comma 2 lett. a della L.R. 11/16, sono benefici a carattere economico o titoli validi per l'acquisto di prestazioni da soggetti accreditati dal sistema integrato finalizzati a sostenere le famiglie che si prendono cura dei familiari non autosufficienti.

Il sostegno concesso è finalizzato al rimborso, in modo totale o parziale, delle spese sostenute per la realizzazione delle attività previste nel P.A.I., che potranno essere avviate mediante sottoscrizione di regolare contratto di lavoro con persona fisica o con un Ente accreditato. Potranno essere finanziati piani assistenziali da un **minimo di € 800,00 mensili** ad un **massimo di € 1200,00 mensili**, per un totale di n. 12 mesi, in base alle disponibilità del fondo regionale destinato per tali interventi.

Il personale incaricato a svolgere il Servizio, sia esso assunto in forma privata che attraverso Enti del Terzo Settore, dovrà essere adeguatamente formato e assunto con regolare contratto. Gli operatori 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;
- Ricoveri ospedalieri/riabilitativi per un periodo non superiore a 15 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 potrà essere in alcun modo utilizzato per interventi sanitari domiciliari già garantiti ai cittadini dal SSN.

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 non è cumulabile con altri interventi di assistenza, componente sociale, a domicilio già attivi erogati con risorse regionali, se non in termini di possibile implementazione delle ore di copertura assistenziali necessarie a seguito di rivisitazione del PAI a tutela della persona.

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.

2) Contributo di cura – Caregiver

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 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 integrata con l'assistente sociale del Servizio Sociale Distrettuale, 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 richieste allo stesso che concorre all'attuazione delle cure domiciliari previste dal PAI.

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.

Il contributo di cura è riconosciuto ed erogato alla persona in condizione di disabilità gravissima nella misura di € 700,00 mensili per l'arco temporale di un anno, in favore della persona assistita mediante bonifico bancario.

Il contributo di cura è cumulabile con pensioni, indennità di accompagnamento ed ogni altro assegno riconosciuto a carattere previdenziale e/o assicurativo; non è cumulabile, invece, con l'assegno di cura previsto per l'intervento di assistenza alla persona e con altri interventi di assistenza, componente sociale, a domicilio già attivi in favore del cittadino e coperti da risorse regionali.

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 a cui, spesso, sono connessi anche importanti risvolti di natura economica per il nucleo familiare.

E' previsto, in tal senso, un budget di € 1.200,00 annui per ciascun utente beneficiario del contributo di cura, che può essere utilizzato per la copertura dei costi relativi all'impiego di personale qualificato per la sostituzione temporanea del caregiver familiare nel caso di:

- Interventi di sollievo programmati in fase di definizione ed attuazione del PAI al fine di sostenere il caregiver familiare nella ricerca e nel mantenimento del benessere, dell'equilibrio personale e familiare, per prevenire rischi di malattie da stress fisico-psichico (rischi burnout);
- Interventi di sollievo di emergenza (malattia, ricovero, assenza forzata, ecc.) al fine di permettere al caregiver familiare di affrontare nel modo migliore possibile difficoltà o urgenze.

Il contributo 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;
- Ricoveri ospedalieri/riabilitativi per un periodo non superiore ai 15 giorni, decorso il quale il contributo verrà sospeso;
- ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie ed altre azioni di sollievo, complementari al percorso di assistenza domiciliare definito nel PAI.

In contributo non è compatibile o, se già attribuito, sarà soggetto ad interruzione 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;

- trasferimento della residenza della persona beneficiaria in un altro comune non facente parte del Distretto Roma 4.3 o in un'altra regione.

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 attivato secondo le modalità di cui all'art. 14 della legge 328/2000 e cioè su istanza dell'interessato, da parte dell'U.V.M.D.

L'accertamento della patologia determinante disabilità gravissima è certificato (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 Distrettuale, 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.

Modalità di determinazione dell'importo economico

Ogni piano assistenziale (PAI) potrà essere finanziato attraverso 2 modalità di contributo:

- **Contributo al Care giver, importo fisso di € 700,00 mensili**
- **Assegni di cura per un minimo di € 800,00 mensili ad un massimo di € 1.200,00 mensili.**

A determinare l'importo del finanziamento sarà il punteggio totale ottenuto dalla somministrazione dei Test clinici e della Valutazione sociale.

Di seguito il dettaglio dei criteri per la valutazione sociale, stabilendo che ad ogni punto corrisponde un valore economico di € 12,00 fino ad un massimo di € 1.200,00 per un punteggio complessivo pari a 100.

	CRITERI	Punteggio
1	SITUAZIONE SANITARIA	50
2	SITUAZIONE SOCIALE	50
2.a	Condizione familiare e situazione socio-relazionale del nucleo familiare del disabile di cui:	35
2.a1	Composizione del nucleo familiare	10
	Vive solo	10
	Nucleo di due persone	8
	Nucleo di tre persone	6
	Nucleo di quattro persone	4
	Nucleo di cinque persone	2
	Nucleo di 6 o più persone	1

2.a2	Situazione familiare del disabile	15
	Presenza altre persone disabili, anziani o minori contemporaneamente	15
	Presenza altre persone disabili	10
	Genitori o parenti anziani o minori conviventi	5
2.a.3	Attività prestazioni socio-riabilitative, sanitarie godute dal disabile	10
	Non beneficiario di intervento domiciliare	10
	Beneficiario di interventi sociali da parte del Comune di residenza	8
	Beneficiario di interventi forniti dai progetti del Piano Sociale di Zona	6
	Beneficiario di interventi forniti dai progetti del Piano Sociale di Zona e /o dal Comune di residenza	4
2.b	Condizioni abitative in base alla dislocazione territoriale rispetto ai servizi pubblici	5
	Zona isolata	5
	Zona poco servita	3
	Zona servita	1
2.c	Condizione economica (ISEE)*	
	I.S.E.E.	Punteggio
	€ 0,00 - € 5.000,00	10
	€ 5.000,01 - € 11.000,00	8
	€ 11.000,01 - € 15.000,00	6
	€ 15.000,01 - € 20.000,00	4
	Oltre € 20.000,01	2

Tale punteggio è valido sia per la formulazione delle graduatorie sia degli importi per l'assegno di cura, per un range tra € 800,00- € 1.200,00, sia per il care giver con valore assoluto di € 700,00.

Si definisce di attribuire il valore di € 12,00 a punto (€ 1.200,00/100), pertanto il punteggio minimo per accedere all'assegno di cura deve essere pari a 67.

Le graduatorie, per entrambe le tipologie di intervento, saranno effettuate solo al termine delle valutazioni di tutte le richieste.

In caso di concessione del contributo denominato “**ASSEGNO DI CURA**” l'utente o suo familiare dovrà presentare al Servizio Sociale del Comune di residenza, entro 15 giorni dalla comunicazione del riconoscimento dell'intervento, tutta la documentazione necessaria (contratto di lavoro con soggetti privati o convenzione con Enti di Terzo Settore o Cooperative Sociali accreditate) ai fini dell'attivazione del Piano Assistenziale Individualizzato.

Il Servizio Sociale competente provvederà, entro 5 giorni dalla ricezione, a trasmettere all'Ufficio di Piano la documentazione ricevuta.

Termini e modalità di presentazione delle domande

Per partecipare al presente avviso occorre presentare istanza sull'apposita modulistica, pubblicata sui siti istituzionali dei Comuni di Bracciano (capofila), Anguillara S., Canale M., Manziana, Trevignano R. o disponibile presso l'Ufficio URP/ Servizi Sociali del Comune di residenza, che provvederà a trasmetterla all'Ufficio di Piano del Comune di Bracciano, corredata della seguente documentazione:

- Copia fronte/retro documento di identità in corso di validità dell'utente e del richiedente;

- Copia verbale d'invalidità;
- Copia indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18 del 11.02.1980, o dichiarazione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n.159 del 2013;
- Certificazione del medico di base nel quale siano specificate tutte le patologie di cui è affetto il paziente;
- Estremi bancari su cui effettuare l'accredito del contributo (Allegato C);
- Copia certificazione di una struttura sanitaria pubblica attestante l'accertamento della patologia determinante la dipendenza vitale, così come del grado di non autosufficienza/gravità (allegato D);
- Copia del Decreto di nomina di tutela/curatela/amministrazione di sostegno, (se in possesso);
- Copia attestazione ISEE in corso di validità.

La suddetta documentazione dovrà pervenire al proprio Comune di residenza **entro e non oltre il 31 gennaio 2020.**

Gli utenti che presenteranno istanza dopo la scadenza dei termini del presente bando saranno comunque valutati attraverso U.V.D.M. e saranno inseriti in una lista d'attesa distrettuale.

Presentazione e valutazione delle domande

L'utente o un suo delegato dovrà avviare l'iter per la presentazione della domanda presso i Servizi Sociali dei comuni di questo ambito territoriale.

- L'utente o un suo delegato/familiare si reca ai Servizi Sociali del Comune di Residenza per ricevere la modulistica e le relative informazioni in merito alla certificazione da far compilare al medico specialista di una struttura sanitaria pubblica (allegato D) attestante la patologia da cui è affetto il paziente ai sensi del Decreto interministeriale del 26.06.2016;
- Una volta in possesso della certificazione attestante la patologia e di tutti i documenti necessari, l'utente o un suo delegato/familiare consegna la stessa all'Ufficio protocollo del Comune di Residenza unitamente alla domanda di accesso al finanziamento (allegato A). Successivamente il Servizio Sociale Comunale provvederà all'avvio dell'istruttoria.

Modalità di determinazione dell'importo economico - "Assegno di Cura"

Ogni piano assistenziale (PAI) potrà essere finanziato per un **minimo di € 800,00 mensili** ad un **massimo di € 1.200,00 mensili**. A determinare l'importo del finanziamento sarà il punteggio totale ottenuto dalla somministrazione dei Test clinici e della Valutazione sociale, che sarà effettuata da una commissione socio sanitaria che applicherà criteri che riguarderanno sia la parte clinica che sociale.

In caso di concessione del contributo denominato "**ASSEGNO DI CURA**" l'utente o un suo familiare dovrà presentare al Servizio Sociale del Comune di residenza, entro 15 giorni dalla comunicazione del riconoscimento dell'intervento, tutta la documentazione necessaria (contratto di lavoro con soggetti privati o convenzione con Enti di Terzo Settore o Cooperative Sociali accreditate) ai fini dell'attivazione del Piano Assistenziale Individualizzato.

Il Servizio Sociale competente provvederà, entro 5 giorni dalla ricezione, a trasmettere all'Ufficio di Piano la documentazione ricevuta.

Modalità di determinazione della graduatoria - "Contributo di Cura"

Per il contributo di cura previsto di € 700,00, ai soli fini della formazione della graduatoria saranno utilizzati i criteri utilizzati per la determinazione dell'importo dell'assegno di cura da parte della commissione socio sanitaria.

Modalità di liquidazione del finanziamento

L'erogazione del contributo avverrà a rimborso, con cadenza bimestrale, a seguito della presentazione della seguente documentazione:

per l'Assegno di Cura: l'utente o un suo familiare/delegato dovrà presentare, con cadenza bimestrale, 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.

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. specificando eventuali modifiche ritenute necessarie rispetto alla valutazione iniziale e certificando la continuità della figura del Caregiver familiare.

Casi particolari

E' data facoltà, ai soli utenti che saranno beneficiari dell'intervento "Assegno di Cura", di poter richiedere una rivalutazione da parte dell'U.V.M.D. a seguito di aggravamento delle condizioni di salute dell'utente, tali da modificare la valutazione iniziale e quindi l'importo economico a lui destinato.

Eventuali modifiche alle modalità di erogazione del servizio, rispetto a quelle inizialmente previste, dovranno essere comunicate e concordate anticipatamente con il Servizio Sociale Distrettuale del Distretto ROMA 4.3.

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

Per informazioni rivolgersi ai Servizi Sociali Comunali o all'Ufficio di Piano del Distretto ROMA 4.

Il Responsabile del Procedimento è la dott.ssa Simona Di Paolo

Bracciano, li 29.11.2019

Il Capo Area
F.to dott. Antonio Bucefalo