



UNIONE DEI COMUNI ALTA SABINA

Piazza Vittorio Emanuele, 2 – 02037 Poggio Moiano (RI)

Cod. Fisc. e P.Iva 00915780571 -

Tel. 0765/875020 Fax 0765/876661

e-mail: unionealtasabina@legalmail.it

AVVISO PUBBLICO

PER L'ACCESSO AL CONTRIBUTO REGIONALE "ASSEGNO DI CURA" E "CONTRIBUTO DI CURA" IN FAVORE DELLE PERSONE CON GRAVISSIME DISABILITA'

Vista la legge 328/2000 recante "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";

Vista la Legge Regionale 11/2016 "Programma di utilizzazione degli stanziamenti per il sistema Integrato regionale di interventi servizi sociali anno 2016";

Vista la DGR n. 662/2016 attuazione della legge regionale sopra citata;

Vista la Determinazione n. G15088 del 15/12/2016 "*Attuazione della D.G.R.662/2016 Riparto ed assegnazione delle risorse per l'erogazione di prestazioni assistenziali domiciliari in favore di soggetti in condizione di disabilità gravissima, ai sensi del Decreto Interministeriale 26 settembre 2016*";

Vista la Determinazione n. G15629 del 22/12/2016 "*Attuazione D.G.R.662/16. Prestazioni assistenziali domiciliari in favore di soggetti in condizione di disabilità gravissima, ai sensi del decreto interministeriale 26 settembre 2016. Impegno di spesa in favore degli ambiti territoriali di euro 4.230.000,00, relativo alla quota del 30% del budget complessivo assegnato per il 2016, sul cap. H41131 (Missione 12 – Programma 02), esercizio finanziario 2017*";

Vista la DGR 6 maggio 2016 n. 223 "*Servizi e interventi di assistenza alla persona nella Regione Lazio*", contenente i criteri, le modalità e le procedure per l'erogazione delle prestazioni inerenti gli interventi di assistenza alla persona che prevedono la scelta e l'assunzione diretta dell' assistente personale in favore di persone in condizioni di disabilità gravissime ;

P'Ambito Territoriale del Distretto RI/3

rende noto che la Regione Lazio, con Deliberazione della Giunta Regionale n. 104 del 07/03/2017 ha definito nuove Linee Guida operative per le prestazioni assistenziali, componente sociale, in favore delle persone non autosufficienti, in condizione di disabilità gravissima, ai sensi dell'articolo 3, comma 2 del Decreto Interministeriale 26 settembre 2016.

E' pertanto possibile presentare domanda di accesso al predetto Contributo Regionale in favore di persone con gravissime disabilità, residenti nell'ambito territoriale del distretto RI/3.

I destinatari del suddetto contributo regionale, ai sensi delle nuove Linee Guida Regionali, sono le persone in condizione di disabilità gravissima, ivi comprese quelle affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e quelle affette da Alzheimer (nel caso in cui il deficit funzionale connesso all'evoluzione della patologia rientri nelle condizioni di cui all'articolo 3, comma 2 del sopra citato Decreto Interministeriale).

Si intendono in condizione di disabilità gravissima 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 CD/CS, 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 laterali 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 torale 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 dell'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 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.

Nel caso in cui le condizioni di cui alle lettere a) e d) siano determinate da eventi traumatici e l'accertamento dell'invalidità non sia ancora definito ai sensi delle disposizioni vigenti, gli interessati potranno comunque accedere, nelle more della definizione del processo di accertamento, ai benefici previsti dalla Regione, in presenza di una diagnosi medica di patologia o menomazione da parte dello specialista di riferimento che accompagni il rilievo funzionale.

I destinatari del contributo devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

1. Essere in condizione di gravissima disabilità e dipendenza vitale per una o più delle condizioni patologiche sopra riportate, come indicato all'articolo 3 del D.M. 26 settembre 2016;
2. Essere beneficiari dell'invalidità civile e 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;
3. Essere beneficiari della legge 104/1992, articolo 3 comma 3;
4. Avere la residenza anagrafica presso uno dei Comuni appartenenti all'Ambito distrettuale Ri/3.

L'intervento di assistenza in ambito domiciliare a persone in condizioni di disabilità gravissima si realizza attraverso il riconoscimento di un contributo economico denominato "Assegno di Cura" o "Contributo di Cura" come di seguito specificato.

Assegno di Cura

Le risorse sono finalizzate all'erogazione di un contributo economico denominato "Assegno di Cura", (art. 25, comma 2, lett. A) della L.R. 11/2016) per l'acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia. L' "Assegno di Cura" è un beneficio a carattere economico per l'acquisto di prestazioni assistenziali domiciliari, mediante la sottoscrizione di un regolare contratto di lavoro, per lo svolgimento di attività di aiuto e supporto alla persona e ai suoi familiari, al fine di assicurare supporto assistenziale nelle 24 ore. Il sostegno economico, di durata annuale, sarà erogato agli aventi diritto fino alla concorrenza delle risorse regionali disponibili. L'importo minimo che verrà erogato è fissato in € 800,00 mensili per ciascuna persona nelle condizioni di disabilità gravissima indicate dalla lettere a) ad i) dell'articolo 3 del decreto (valutata in base alle scale ed ai criteri di cui agli Allegati al Decreto Interministeriale 26 settembre 2016). L'importo suindicato potrà essere graduato fino ad un massimo mensile di € 1.200,00, in sede di definizione del PAI, sulla base dei diversi interventi programmati, del contesto relazionale ed ambientale, del supporto della rete familiare e/o informale esistente, delle condizioni di autonomia finanziaria oggetto di valutazione multidimensionale attraverso la scheda S.Va.M.Di.

Tale valutazione costituisce il presupposto stesso per considerare adeguato o meno l'intervento a domicilio attuato attraverso la scelta di un assistente alla persona.

Occorre specificare che l'*Assegno di Cura* è compatibile con:

- 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 a percorso di assistenza domiciliare definito nel PAI

L'*Assegno di Cura* inoltre non può essere riconosciuto nei confronti di uno dei familiari ed affini di cui all'articolo 433 c.c. e non è cumulabile con:

- 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;
- altri interventi di assistenza, componente sociale, a domicilio già attivi coperti 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;

Ai fini dell'ammissione all'*Assegno di Cura*, i richiedenti devono allegare alla domanda di partecipazione:

- 1) copia dell'invalidità civile (con indennità di accompagnamento) in corso di validità (se non ancora in possesso allegare copia della richiesta all'INPS);
- 2) copia della certificazione medico-legale attestante la condizione di handicap grave, art. 3 comma 3 della legge 104/1992 (se non ancora in possesso allegare copia della richiesta all'INPS);
- 3) ISEE sociosanitario in corso di validità;

Contributo di Cura

Le risorse possono, altresì, essere finalizzate all'erogazione di un contributo economico denominato "*Contributo di Cura*". In tal caso, il supporto alla persona non autosufficiente ed alla sua famiglia viene attuato mediante la fornitura diretta di servizi e prestazioni di assistenza da parte di familiari conviventi, sulla base del piano personalizzato, attraverso il riconoscimento della figura del caregiver familiare. Il caregiver familiare è la persona che volontariamente, in modo gratuito e responsabile, si prende cura della persona non autosufficiente. In tale modalità assistenziale, l'UVM riconosce la figura del caregiver familiare, convivente con la persona assistita, e stabilisce il "*Contributo di Cura*". **Il Contributo di Cura è riconosciuto alla persona in condizione di disabilità gravissima nella misura di € 700,00 mensili per la durata temporale di un anno.**

Il *Contributo di Cura* è cumulabile con pensioni, indennità d'accompagnamento ed ogni altro assegno riconosciuto a carattere previdenziale e/o assicurativo; non è cumulabile con l'Assegno di Cura e con altri interventi, componente sociale, a domicilio già attivi in favore della persona, coperti con 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.

Ai fini dell'ammissione al contributo, i richiedenti devono allegare alla domanda di partecipazione:

- 1) copia dell'invalidità civile (con indennità di accompagnamento) in corso di validità (se non ancora in possesso allegare copia della richiesta all'INPS);
- 2) copia della certificazione medico-legale attestante la condizione di handicap grave, art. 3 comma 3 della legge 104/1992 (se non ancora in possesso allegare copia della richiesta all'INPS);
- 3) ISEE sociosanitario in corso di validità;

Durata del Contributo

Il riconoscimento del contributo economico denominato "Assegno di Cura" o "Contributo di Cura" verrà concesso per la durata che sarà stabilita compatibilmente con il numero e la gravità dei casi diagnosticati nel Distretto RI/3 e i finanziamenti attribuiti dalla Regione Lazio.

Come avvengono i rimborsi

Il rimborso delle spese sostenute dal beneficiario, che in nessun caso potranno superare l'importo del progetto assistenziale concordato con i servizi territoriali sarà erogato nel trimestre successivo ed entro sessanta giorni dalla data di presentazione della rendicontazione, relativa alla regolarità del rapporto di lavoro instaurato con l'operatore, la retribuzione e gli oneri previdenziali; l'erogazione del rimborso sarà subordinata alla verifica della permanenza presso il domicilio dell'utente e contenuta nei limiti dell'ammontare delle spese sostenute e rendicontate.

Modalità di presentazione delle domande

La domanda di ammissione al Contributo deve essere redatta su apposito modello reperibile presso:

- il servizio Sociale del proprio Comune di residenza;
- il sito internet dell'Unione dei Comuni Alta Sabina www.unionicomunialtasabina.it, sezione avvisi pubblici.

E' necessario allegare alla domanda, oltre ai documenti richiesti, la copia di un documento d'identità del soggetto richiedente e del beneficiario.

Le domande, integralmente compilate e corredate della documentazione richiesta, devono pervenire in busta chiusa, pena esclusione, entro e non oltre il giorno 07/08/2017, all'Ufficio di Piano del Distretto Rieti 3 c/o l'Unione Comune Alta Sabina, P.zza V. Emanuele 2-02037 Poggio Moiano (RI).

Il plico dovrà pervenire a mezzo del servizio postale, agenzia di recapito autorizzata, o consegnato direttamente all'ufficio protocollo dell'Unione.

Il plico dovrà recare all'esterno, oltre all'intestazione del mittente ed all'indirizzo dello stesso, le indicazioni relative all'oggetto della domanda "Avviso pubblico disabilità gravissime annualità 2016" e la dicitura NON APRIRE – PROTOCOLLARE ALL'ESTERNO.

L'invio della domanda, in ogni caso, si intende fatto ad esclusivo rischio del richiedente. Sarà pertanto considerato inaccettabile qualsiasi reclamo per mancato o ritardato arrivo della domanda e conseguentemente, saranno prese in considerazione solo le istanze pervenute al suddetto ufficio entro il termine stabilito (giorno e ora).

Istruttoria e modalità di formazione della graduatoria

Decorso il termine per la presentazione delle domande si procederà all'istruttoria delle stesse ed alla verifica del possesso dei requisiti richiesti. La valutazione socio sanitaria delle persone che avranno presentato istanza di accesso agli interventi sarà effettuata dall'UVM competente per territorio, che provvederà alla redazione del PAI (Piano Assistenziale Individualizzato).

Ad ogni domanda sarà assegnato un punteggio in base alla scheda S.Va.M.Di.

A parità di punteggio prederà in graduatoria l'utente che avrà il valore dell'ISEE più basso. In caso di ulteriore parità di punteggio verrà presa in considerazione la data e l'ora di arrivo della domanda all'ufficio protocollo dell'Unione Alta Sabina.

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 dall'ambito territoriale conformemente a quanto previsto dalla D.G.R.233/2016, utilizzando le figure professionali elencate al punto 8 della citata DGR 104/2017.

Il servizio è erogato solo in presenza di necessari fondi di bilancio, e comunque nei limiti di predetti fondi, seguendo l'ordine stabilito dalla graduatoria dell'UVM.

A norma dell'art. 8 della legge n. 241 del 1990 e successive modifiche e integrazioni, si rende noto che

Responsabile del procedimento amministrativo è D.ssa Lucia Guidi.

Poggio Moiano, 05/07/2017

La Responsabile dell'Ufficio di Piano
F.to D.ssa Elena Braconi

DOMANDA DI ACCESSO AL CONTRIBUTO REGIONALE IN FAVORE DELLE PERSONE

CON DISABILITA' GRAVISSIME

Ai sensi della Legge Regionale 11/2016, della DGR n. 662/2016 e della Determinazione n. G15088 del 15/12/2016

All'Ambito territoriale Distretti Rieti 3
Ufficio Di piano
c/o Unione Alta Sabina
Piazza vittorio Emanuele, 2
02037 Poggio Moiano

Destinatari: persone in condizione di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere socio sanitario nelle 24 ore per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria

Dati del soggetto
dichiarante

Nome		Cognome	
Data di nascita		Comune di nascita	
Codice Fiscale			
Residenza		Via	
Titolo*		telefono	

*Scegliere tra le seguenti opzioni: a)interessato b) familiare/genitore o chi esercita la responsabilità genitoriale c) legale rappresentante

Dati dell'assistito (se diverso dal soggetto
dichiarante)

Nome	
Cognome	
Codice Fiscale	
Residenza	

CHIEDE

L'Accesso al Contributo Regionale a favore di persone con gravissime disabilità, con la finalità del mantenimento dell'assistito al proprio domicilio, poiché in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente in materia, nella seguente modalità:

- Assegno di Cura** per l'acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia (da € 800,00 fino ad un massimo di € 1.200,00 mensile per 12 mesi);

- Contributo di Cura** per il riconoscimento della figura del caregiver familiare (€ 700,00 mensile per 12 mesi);

Al fine dell'ottenimento del contributo mensile, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1. che la persona affetta da DISABILITA' GRAVISSIMA è residente nel comune di _____;
2. che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura sociosanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
3. di essere a conoscenza che il diritto al contributo cessa con l'inserimento definitivo in struttura residenziale, con il decesso o con il venir meno di una delle condizioni di ammissibilità;
4. si impegna a comunicare tempestivamente al Comune qualunque fatto che implichi la sospensione o l'interruzione del contributo (trasferimento di residenza, ricovero residenziale in struttura sanitaria o socio sanitaria, decesso etc.);
5. il sottoscritto, qualora venga autorizzato l'assegno di cura nella forma indiretta, si impegna a stipulare idonea polizza assicurativa RCT a favore degli operatori impiegati nel servizio, sollevando il Comune da ogni onere e responsabilità. Si impegna altresì a presentare al Comune con cadenza periodica prestabilita la rendicontazione delle spese effettivamente sostenute.
6. di essere a conoscenza che i soggetti istituzionali (distretto _____), ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, potranno procedere a idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle normative vigenti;
7. di aver preso visione dell'informativa all'utenza e di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

ALLEGA

- Copia dell'invalidità civile con indennità di accompagnamento, in corso di validità (se non ancora in possesso allegare copia della richiesta all'INPS);
- Copia delle certificazione medico-legale attestante la condizione di handicap grave, art. 3 comma 3 della legge 104/1992 (se non ancora in possesso allegare copia della richiesta all'INPS);
- Copia del documento d'identità e del codice fiscale della persona affetta da disabilità gravissima;
- Copia del documento di identità del dichiarante (se diverso dalla persona affetta da disabilità gravissima);
- Copia ISEE sociosanitario in corso di validità.

CHIEDE

che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via/P.zza _____

Comune _____ CAP _____

Tel. _____ Fax _____ E mail _____

Qualora l'istanza venga accettata dalla Commissione esaminatrice si chiede di erogare il contributo con le seguenti modalità:

diretta al Sig./Sig.ra Cognome _____

Nome _____ nato/a a _____

_____ prov. (____) il ____/____/____ residente in _____ prov. (____) cap

_____ via _____ n° _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Istituto _____ Agenzia _____

Codice IBAN del conto corrente (27 caratteri)
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

dichiarando che il medesimo conto corrente è:
intestato alla persona affetta da DISABILITA' GRAVISSIMA, ovvero cointestato alla persona affetta
da DISABILITA' GRAVISSIMA, comunicando di seguito i dati relativi al cointestatario

Cognome e nome del cointestatario del conto corrente _____

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ovvero delegando a riscuotere per mio conto il contributo che mi spetta in quanto
titolare il sig./la sig.ra

Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ prov. (____) il ____/____/____
residente in _____ prov. (____) cap _____
via _____ n° _____

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Codice IBAN del conto corrente (27 caratteri)
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(e con ciò liberando l'Unione dei Comuni Alta Sabina da ogni e qualsiasi responsabilità in merito)
Luogo e Data _____

Firma del richiedente _____

PARTE A CURA DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO

PARERE UVM: FAVOREVOLE SFAVOREVOLE

Firma componenti UVM _____

Luogo e Data _____

