



DISTRETTO SOCIO SANITARIO 4.2

COMUNI DI CERVETERI (CAPOFILA) E LADISPOLI

UFFICIO DI PIANO

AVVISO PUBBLICO PER REALIZZAZIONE DI INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' CHE NECESSITANO DI UN SOSTEGNO INTENSIVO ED INTEGRATO.

Vista la L.R. 10 agosto 2016, n. 11 “Programma di utilizzazione degli stanziamenti per il sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali”;

Visto il Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, riguardante l'utilizzazione delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le non autosufficienze”;

Vista la DGR Deliberazione Giunta Regionale 23 giugno 2020 n. 395 “Aggiornamento linee guida regionali per la programmazione territoriale delle prestazioni assistenziali domiciliari in favore delle persone in condizione di disabilità gravissima”;

Vista la Deliberazione Giunta Regionale n° 341 del 08/06/2021 “Approvazione delle “Linee guida regionali per il riconoscimento del “caregiver familiare”, la valorizzazione sociale del ruolo e la promozione di interventi di sostegno”.

Vista la Legge Regionale n. 5 del 11 aprile 2024 avente ad oggetto “Disposizioni per il riconoscimento e il sostegno del *caregiver familiare*” e la Deliberazione n. 751 della Giunta regionale “Definizione delle Linee Guida per le procedure di riconoscimento del Caregiver familiare”

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

Vista la nota prot. 241817 del 21/02/2024 avente ad oggetto: “Disabilità gravissima. Annualità 2023 e 2024” della Direzione Regionale Inclusione Sociale Regione Lazio e la circolare esplicativa ed integrativa prot. n. 1234633 del 09/10/2024.

Viste le circolari prot. n. 1234633/2024 e n. prot. n. 1398792/2024 per la disabilità gravissima sulle modalità di rendicontazione del “contributo di cura” della Direzione Regionale Inclusione Sociale Regione Lazio.

La circolare regionale avente ad oggetto: “*Circolare regionale per la disabilità gravissima integrativa della circolare regionale prot. n. 1234633/2024. Ulteriori chiarimenti sulle modalità di rendicontazione del “contributo di cura”.*”

TUTTO CIO' PREMESSO

Si rende noto che con il presente Avviso Pubblico sono aperti i termini per la presentazione delle istanze di Assegno di Cura/ Contributo di cura in favore di persone con disabilità che necessitano di sostegno intensivo residenti nel territorio del Distretto Roma 4.2 (Comuni di Cerveteri e Ladispoli).



ART. 1 – DESTINATARI E REQUISITI PER ACCEDERE AL CONTRIBUTO

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

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

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

- a) *persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10 ;*
- b) *persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);*
- c) *persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 ;*
- d) *persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;*
- e) *persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;*
- f) *persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;*
- g) *persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;*
- h) *persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/ Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 8 ;*
- i) *ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.*

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



regioni ai sensi del presente articolo, in presenza di una diagnosi medica di patologia o menomazione da parte dello specialista di riferimento che accompagni il rilievo funzionale.

ART. 2 – FINALITA' E OGGETTO DELL'AVVISO (INTERVENTI PREVISTI)

Il presente avviso pubblico è finalizzato a favorire la permanenza nel proprio ambiente domestico delle persone con disabilità che necessitano di un sostegno intensivo ed integrato e prevede ai sensi della L.R. 11/2016, nel rispetto della libertà di scelta della persona, il riconoscimento di uno dei seguenti interventi di assistenza indiretta:

- Intervento di assistenza alla persona (Assegno di Cura): è un beneficio a carattere economico finalizzato all'acquisto di prestazioni svolte da personale qualificato titolare di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore di cui all'articolo 51, del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81 e scelto direttamente dall'assistito e/o dalla famiglia (o chi ne fa le veci).
- Assistenza caregiver (Contributo di Cura): è un beneficio a carattere economico il cui beneficiario è l'utente che si avvale del caregiver familiare, ossia:
 - la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76 (Regolamentazione delle unioni civili tra persone dello stesso sesso e disciplina delle convivenze) e successive modifiche,
 - di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone con disabilità) e successive modifiche,
 - di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della l. 104/1992 o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18 (Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili) e successive modifiche;
 - inoltre, può essere riconosciuto anche a coloro che, in mancanza di familiari da parte dell'assistito, convivono con la persona bisognosa di assistenza, garantendone la permanenza nel proprio ambiente familiare.

Ai sensi della Legge Regionale n. 5 del 11 aprile 2024 il caregiver familiare può richiedere il riconoscimento del proprio status, mediante l'adozione di una apposita scheda all'interno del Piano personalizzato, ai componenti dei servizi territoriali che provvedono entro novanta giorni dalla richiesta al rilascio del tesserino identificativo, denominato "*Card del Caregiver*".

Ai fini del presente bando il riconoscimento dello status di caregiver rappresenta prerequisite per la richiesta del contributo di cura.

ASSEGNO DI CURA

L'intervento di assistenza domiciliare si attiva, su domanda dell'interessato, dei suoi familiari o di chi ha la rappresentanza legale degli interessi (soggetti giuridicamente incaricati), con il riconoscimento di un contributo economico denominato "*assegno di cura*" destinato all'acquisto di prestazioni rese da personale



qualificato titolare di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore di cui all'articolo 51, del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81 e scelto direttamente dall'assistito e dalla sua famiglia. Il sostegno di natura economica concesso dal Distretto 4.2 è finalizzato a compensare, in modo totale o parziale, le spese sostenute per l'acquisto delle prestazioni assistenziali domiciliari contemplate nel PAI, mediante la sottoscrizione di regolare contratto di lavoro. Pertanto l'importo totale del contratto di lavoro stipulato non potrà essere eccedente rispetto a quello del beneficio riconosciuto all'utente, ai fini della rendicontazione della spesa effettivamente sostenuta. Qualora il citato importo fosse inferiore, il Distretto 4.2 riconoscerà unicamente l'ammontare della somma effettivamente sostenuta e rendicontata. L'eventuale rimanenza non è cumulabile per il periodo successivo. Inoltre, nessuna somma potrà essere richiesta al Distretto 4.2 oltre agli importi riconosciuti come direttamente e strettamente connessi all'attività di assistenza svolta, in conformità al piano personalizzato di assistenza. Non vengono finanziate le spese derivanti da rapporti di lavoro realizzati con i familiari ed affini, come individuati all'articolo 433 del Codice civile. Le risorse sono finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio sanitaria, pertanto sono aggiuntive e complementari rispetto a quelle sanitarie. L'assegno di cura e per l'autonomia ha carattere sostitutivo di altri servizi e costituisce una componente essenziale e radicata del sistema dei servizi territoriali. Tale misura economica, essendo ancorata ad un bisogno di sostegno inteso come assistenza personale, non è assimilabile all'indennità di accompagnamento o ad altre prestazioni di invalidità civile concesse in base al solo accertamento medico legale ed è, pertanto, cumulabile ad esse.

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

- interventi di assistenza domiciliare integrata, componente sanitaria;
- interventi riabilitativi a carattere ambulatoriale e/o domiciliare e semiresidenziali;
- ricoveri ospedalieri/riabilitativi per un periodo non superiore ai 30 giorni, decorso il quale il contributo verrà sospeso per essere riattivato al momento del rientro dell'utente a domicilio;
- interventi, a partire da ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie, complementari al percorso di assistenza domiciliare definito nel PAI.

L'assegno di cura può essere riconosciuto all'utente in compresenza di altri servizi socio assistenziali o contributi per l'acquisizione di prestazioni socio assistenziali i cui oneri gravino su fondi non destinati alle persone con disabilità che necessitano di sostegno intensivo ed integrato o di giustificativi di spesa relativi all'acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale (a titolo esemplificativo: spesa per servizi di inclusione per centri diurni, laboratori, attività sportive, prestazioni socio sanitarie, ecc.).

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

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

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



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

Scelta del personale qualificato

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

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

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

Possono altresì svolgere le funzioni di operatore le persone non in possesso dei titoli sopra indicati, ma con documentata esperienza in tali funzioni almeno quinquennale in strutture e servizi socio assistenziali per persone con disabilità e/o per persone anziane, che si iscrivano ad un corso utile al rilascio di uno dei titoli sopra elencati nel rispetto della tempistica prevista. Il mancato conseguimento del titolo nell'arco temporale indicato fa venir meno l'idoneità allo svolgimento delle funzioni proprie di questa forma di assistenza.

CAREGIVER E CONTRIBUTO DI CURA

Il decreto 26 settembre 2016 prevede, all'art. 2 lett. b), che il supporto alla persona non autosufficiente ed alla sua famiglia possa attuarsi anche mediante trasferimenti monetari connessi alla fornitura diretta di servizi e prestazioni di assistenza da parte di familiari e vicinato (figura del caregiver), sulla base del piano personalizzato di assistenza. Il caregiver è la persona che volontariamente e in modo gratuito e responsabile, si prende cura di una persona non autosufficiente o, comunque, in condizione di necessario ausilio di lunga durata non in grado di prendersi cura di sé. La figura del caregiver è quella che con la persona in condizione di disabilità intrattiene consolidati e verificati rapporti di cura ed assistenza, anche in assenza di vincoli di natura familiare. Le modalità di funzionamento del servizio del caregiver familiare e le forme di supporto in suo favore sono disciplinate dalla deliberazione di Giunta regionale 8 giugno 2021, n.341 recante le *“Linee guida regionali per il riconoscimento del caregiver familiare, la valorizzazione sociale del ruolo e la promozione di interventi di sostegno”*.

L'attivazione dell'intervento denominato “contributo di cura” avviene su domanda dell'interessato, dei suoi familiari o dei soggetti giuridicamente incaricati o preposti alla tutela della persona beneficiaria e alla rappresentanza legale degli interessi. L'UVMD integrata, cui è rimessa la valutazione multidimensionale del



bisogno in sede di definizione del PAI, individua la figura del caregiver familiare e valuta se lo stesso sia in grado di assicurare le attività di cura e di assistenza necessarie riconosciute nell'ambito del progetto personalizzato. Il caregiver deve rapportarsi, in modo continuo, con gli altri operatori del sistema dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari professionali e confrontarsi costantemente, con il referente per l'assistenza sanitaria ed il responsabile del PAI e/o Case manager. Il contributo di cura è cumulabile con pensioni, indennità di accompagnamento ed ogni altro assegno a carattere previdenziale e/o assicurativo riconosciuto all'utente. Il contributo di cura può essere riconosciuto all'utente a gravare su fondi non destinati alle persone con disabilità che necessitano di un sostegno intensivo ed integrato anche in compresenza di altri servizi socio assistenziali o altri contributi destinati all'acquisizione di prestazioni assistenziali. I servizi e le prestazioni indicati nel PAI e già attivi in favore dell'utente al momento dell'accesso al contributo di cura rileveranno ai fini della graduazione nel tetto minimo della misura. Il contributo di cura non è cumulabile, invece, con l'assegno di cura a gravare sui fondi per le persone con disabilità che necessitano di un sostegno intensivo ed integrato, previsto per l'intervento di assistenza alla persona precedentemente descritto.

Il sostegno di natura economica concesso dal Distretto 4.2 è finalizzato a compensare, in modo totale o parziale, le spese da sostenere per **l'acquisto delle prestazioni assistenziali domiciliari e/o di altre spese che trovano giustificazione al trasferimento monetario, contemplate nel PAI**, concordato per soddisfare i bisogni della persona assistita (a titolo esemplificativo: spesa per servizi di inclusione, centri diurni, laboratori, attività sportive, prestazioni socio sanitarie, regolare contratto di lavoro o acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale ecc).

Pertanto l'importo totale dei giustificativi di spesa non potrà essere eccedente rispetto a quello del beneficio riconosciuto all'utente, ai fini della rendicontazione della spesa effettivamente sostenuta. Qualora il citato importo fosse inferiore, il Distretto 4.2 riconoscerà unicamente l'ammontare della somma effettivamente sostenuta e rendicontata. L'eventuale rimanenza non è cumulabile per il periodo successivo. Inoltre, nessuna somma potrà essere richiesta al Distretto 4.2, oltre agli importi riconosciuti come direttamente e strettamente connessi all'attività di assistenza svolta, in conformità al piano personalizzato di assistenza

Decorrenza del riconoscimento della misura di sostegno e cadenza di erogazione

L'Assegno di Cura ed il Contributo di Cura sono riconosciuti:

- per gli utenti già in carico ai servizi territoriali e beneficiari della misura di sostegno, in continuità;
- per gli utenti aventi diritto in lista d'attesa nella graduatoria distrettuale già esistente, a decorrere dalla data in cui il Distretto socio sanitario 4.2 disponga delle risorse necessarie a soddisfare la richiesta individuale;
- per i nuovi utenti, a decorrere dalla data in cui il distretto socio sanitario disponga delle risorse necessarie a soddisfare la singola domanda, con accesso progressivo alla misura di sostegno secondo l'ordine cronologico di presentazione della domanda.

L'Assegno di Cura ed il Contributo di Cura saranno erogati con cadenza bimestrale.

Cambio di residenza – modalità di riconoscimento dell'Assegno e del Contributo di cura

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



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

Cambio di residenza in ambito regionale

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

ART. 3 - MODALITA' E TEMPISTICHE PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

I soggetti interessati, in possesso dei requisiti previsti dal presente avviso pena l'esclusione, possono presentare l'istanza per la concessione dell'assegno di cura o del contributo di cura in qualsiasi momento (bando aperto), avvalendosi esclusivamente dell'apposita modulistica, reperibile sul sito istituzionale del Comune di Cerveteri e/o del Comune di Ladispoli, al Comune di Cerveteri capofila del Distretto Rm 4.2 con le seguenti modalità:

- consegna a mano all'Ufficio Protocollo negli orari di apertura al pubblico consultabili sul sito istituzionale del Comune di Cerveteri in busta chiusa con scritto: "NON APRIRE, CONTIENE DOCUMENTI BANDO PER LE PERSONE CON DISABILITÀ CHE NECESSITANO DI UN SOSTEGNO INTENSIVO ED INTEGRATO";
- tramite PEC a: comunecerveteri@pec.it

a) Utenti in Continuità Assistenziale

Ai sensi delle linee guida approvate con DGR n. 104/2017, aggiornate successivamente con DGR n. 430/2019, DGR n. 395 del 23/06/2020, ed in ultimo con DGR n. 897 del 09/12/2021, gli utenti già presi in carico dai servizi del distretto 4.2 godono di diritto della continuità assistenziale anche per le successive annualità di progetto.

In conformità alle disposizioni della Regione Lazio l'utente già beneficiario del contributo economico per la realizzazione di interventi in favore di persone con disabilità che necessitano di sostegno intensivo ed integrato, seppur non tenuto a ripresentare ogni anno la domanda, ha comunque il dovere di presentare l'attestazione ISEE socio-sanitaria aggiornata, **entro il 28 febbraio di ogni anno**, nonché comunicare tempestivamente eventuali nuovi e sostanziali elementi sopravvenuti tra i quali:

- 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;
- attestazione dell'aggravamento della compromissione funzionale.
- variazioni nello stato di famiglia;
- cambio residenza dell'utente e/o caregiver;
- scadenza documenti di identità del beneficiario del contributo e/o del caregiver.

Sarà cura dei servizi preposti ricontattare l'utente per il monitoraggio in itinere dell'attuazione del PAI, provvedendo ad eventuali rimodulazioni delle condizioni stabilite precedentemente. Il beneficio (entità del contributo) riconosciuto all'utente potrà essere rideterminato in base agli aggiornamenti sopraindicati.

Resta fermo:

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

L'UVMD provvederà a convocare gli utenti, che godono del diritto della continuità assistenziale, per l'accertamento e la verifica dei requisiti sanitari, richiedendo eventuale certificazione sanitaria aggiornata. Si precisa che gli utenti riconosciuti idonei in graduatoria già nelle annualità precedenti hanno diritto alla continuità assistenziale compatibilmente con le risorse a valere sul FNA e con quelle messe a disposizione da parte della Regione Lazio, laddove permangano le condizioni che ne abbiano consentito l'accesso.

b) Nuovi Richiedenti

Trattandosi di un avviso pubblico sempre aperto i soggetti interessati in possesso dei requisiti previsti dal presente avviso pubblico che partecipano per la prima volta possono presentare in qualsiasi periodo l'istanza per l'accesso al contributo, corredata dalla seguente documentazione, a pena di esclusione:

- 1) Autocertificazione della situazione familiare con l'indicazione dei componenti. (mod. A).
- 2) Autocertificazione del caregiver attestante la residenza – solo per chi presenta domanda per il “contributo di cura” (mod. B).
- 3) Certificazione medica attestante lo stato di disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 2 del decreto 26 settembre 2016 rilasciata da un medico specialista di una struttura pubblica (mod. C). N.B. Le scale di valutazione del DM 26/09/2016 vanno compilate e siglate in ogni pagina.
- 4) Eventuale copia del contratto di lavoro e attestato di qualifica nei casi di assistenza prestata da personale qualificato esterno alla famiglia (domanda di “Assegno di Cura”).



REGIONE
LAZIO

- 5) Eventuale copia del contratto di lavoro del collaboratore familiare o i giustificativi di spesa relativi all'acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale. (domanda di "Contributo di Cura")
- 6) Copia della certificazione medica attestante l'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o certificazione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013 e, per chi ne è in possesso, copia della certificazione medica ai sensi della L. 104/92.
- 7) Documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo.
- 8) Documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo.
- 9) Copia documento di iban postale o bancario con nominativo dell'intestatario (non verranno presi in considerazione codici iban scritti a mano).
- 10) 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.
- 11) Copia del permesso di soggiorno e/o carta di soggiorno in corso di validità, qualora si tratti di persona straniera extracomunitaria.
- 12) Modello I.S.E.E. Sociosanitario (indicatore della situazione economica equivalente) in corso di validità, attestante la condizione economica per i nuclei familiari con componenti con disabilità secondo il DPCM del 5 dicembre 2013, n.159 avente ad oggetto il "Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'indicatore della situazione economica equivalente I.S.E.E)" e la legge 26 maggio 2016, n.89.

Accertata la sussistenza dei requisiti sanitari (certificazione di disabilità per persone con disabilità che necessitano di un sostegno intensivo ed integrato) attraverso lo strumento di valutazione SVAMDI (Scheda di Valutazione Multidimensionale delle persone con disabilità), il beneficio è riconosciuto in base all'ordine cronologico di presentazione della domanda compatibilmente con la disponibilità finanziaria. In caso di insufficienza di risorse, verrà costituita una lista d'attesa che scorrerà nei casi di rinuncia, decesso, mancata permanenza dei requisiti di ammissione al beneficio di utenti in carico, o in caso di ulteriori erogazioni di risorse destinate a questo intervento, sempre in base all'ordine cronologico di arrivo delle istanze. Una volta presentata la domanda, verrà attivato il percorso di presa in carico integrata con valutazione multidimensionale del bisogno che deve concludersi entro 90 gg dalla presentazione della domanda. I servizi territoriali procederanno ad una verifica annuale sull'adeguatezza del progetto assistenziale e del beneficio (entità del contributo) riconosciuto all'utente.

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

ART. 4 - ISTRUTTORIA ED AMMISSIONE DELLE DOMANDE



Gli interventi previsti dal presente avviso pubblico saranno erogati agli aventi diritto fino alla concorrenza delle risorse disponibili, tenendo conto degli importi minimi e massimi e dei criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni. Ai fini dell'accesso alla graduatoria sarà valutata:

- la regolarità dell'istanza e dei relativi allegati pervenuti;
- il Piano Individualizzato di Assistenza (PAI) redatto sulla base delle risultanze della visita domiciliare dell'Assistente Sociale territorialmente competente.

L'assegno/contributo di cura verrà erogato agli aventi diritto utilmente collocati in graduatoria, mediante bonifico bancario con cadenza bimestrale, a seguito della disponibilità delle risorse assegnate al Distretto 4.2 dalla Regione Lazio e fino a concorrenza delle somme disponibili.

Le domande pervenute, regolarmente protocollate dal Comune Capofila, saranno valutate dalla Commissione all'uopo nominata la quale provvederà a verificare la regolarità e la completezza della documentazione trasmessa e il possesso dei requisiti di accesso.

La Commissione all'uopo nominata trasmette il verbale recante l'elenco delle istanze ritenute ammissibili all'UVMD ai fini della predisposizione dei relativi PAI, nell'ambito del quale saranno declinati la natura degli interventi e degli obiettivi da raggiungere, le modalità e i tempi di attuazione dei medesimi e dei relativi costi e le risorse dedicate, le figure professionali coinvolte, il coordinamento necessario, le azioni di monitoraggio e verifica.

All'esito dei lavori dell'UVMD, la Commissione all'uopo nominata provvede all'attribuzione dei punteggi, sulla base delle tabelle riportate nel presente avviso, ai fini della determinazione dell'entità dell'importo erogabile e alla trasmissione all'Ufficio di Piano dei relativi verbali.

L'Ufficio di Piano provvede tempestivamente ad integrare la graduatoria già esistente, dando comunicazione ai beneficiari dell'ammissione al contributo.

ART. 5 - DETERMINAZIONE ENTITA' DELL'IMPORTO PER L'ASSISTENZA INDIRECTA

Il DPCM 21 novembre 2019 indica per la prima volta il valore dell'intervento (trasferimento monetario) per l'assistenza indiretta in favore degli utenti in condizione di disabilità che necessitano di un sostegno intensivo ed integrato, fissandone l'importo in almeno euro 400,00 mensili per 12 mensilità nel caso in cui non siano presenti altri servizi (servizio di assistenza in ambito domiciliare, servizi semiresidenziali ed altri) che insistano sul FNA. L'assistenza in ambito domiciliare, riconducibile ai livelli essenziali di prestazione sociale, richiede che il principio di "continuità" sia coniugato con il diritto di accesso progressivo alle prestazioni di tutti gli aventi diritto. In virtù dei principi di proporzionalità degli interventi, di equità sociale e di continuità assistenziale, la condizione socio economica rappresenta un elemento di rilievo nella determinazione dell'importo del contributo - assegno di cura, ma non costituisce motivo di esclusione dall'accesso allo stesso. Il parametro dell'ISEE socio sanitario determina eventuali priorità, interviene nella graduazione del contributo e, in ultimo, determina l'accesso allo stesso ma solo per soglie di ISEE particolarmente elevate (oltre i 50.000,00 euro e i 65.000,00 euro nel caso di minori). Nella quantificazione del contributo economico occorre tener conto dell'insieme degli interventi assistenziali individuati nel PAI e delle risorse necessarie per la loro sostenibilità (budget individuale).



Determinazione e criteri di assegnazione dell'importo per l'Assegno di Cura

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

In linea con le previsioni del DPCM 21 novembre 2019, l'importo minimo del contributo riconosciuto all'utente varia dagli 800,00 euro fissati nelle precedenti linee guida (DGR 395/2020) ai 500,00 euro, da determinare in base ai parametri omogenei stabiliti con il presente atto di aggiornamento.

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

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

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



Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: - Assistenza domiciliare maggiore di 30 ore settimanali; - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali ad euro 900,00; - 4 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale; - Fino a 2 gg./settimana di frequenza in un laboratorio	1,5
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: - 5 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale; - Almeno 3 gg./settimana di frequenza di un laboratorio	1

Specifica:

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

Punteggio fascia Isee Sociosanitario

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

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

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



La tabella corrispondente (punteggio ISEE) è così integrata:

Fascia Isee Sociosanitario	Punteggio per Isee/utente adulto	Punteggio aggiuntivo per Isee/utente minore	Punteggio totale utenteminore
< 13.000 euro	6	2	8
< 25.000 euro	5	2	7
< 35.000 euro	4	2	6
< 45.000 euro	3	1	4
< 55.000 euro	2	1	3
< 65.000 euro	1	1	2
> 65.000 euro	0	0	0
Graduazione del contributo per utente in base alla somma riportata in applicazione dei due parametricompresenza servizi/isee socio sanitario		Contributo minimo da erogare	
Punteggio compreso tra 1 – 3		Minimo Euro 500,00	
Punteggio compreso tra 4 – 6		Euro 600,00	
Punteggio compreso tra 7 – 8		Euro 700,00	
Punteggio compreso 9 – 12		Euro 800,00	

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

Determinazione e criteri di assegnazione dell'importo del Contributo di Cura

L'importo del "contributo di cura" per gli utenti con disabilità che necessitano di un sostegno intensivo ed integrato, assistiti dal caregiver individuato nel PAI, è compreso tra € 400,00 ed € 1.000,00 mensili, per 12 mensilità.



In linea con il DPCM 21 novembre 2019, l'importo minimo del contributo riconosciuto all'utente varia dai 400,00 euro ai 700,00 euro da determinare in base ai parametri omogenei stabiliti con il presente atto di aggiornamento.

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

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

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



Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: <ul style="list-style-type: none"> - Assistenza domiciliare maggiore di 30 ore settimanali; - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali ad euro 900,00; - 4 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale; - Fino a 2 gg./settimana di frequenza in un laboratorio 	1,5
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: <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

Specifica:

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

Punteggio fascia Isee Sociosanitario

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

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

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

La tabella corrispondente (punteggio ISEE) è così integrata:



Fascia Isee Sociosanitario	Punteggio per Isee/utente adulto	Punteggio aggiuntivo per Isee/utente minore	Punteggio totale utenteminore
< 13.000 euro	6	2	8
< 25.000 euro	5	2	7
< 35.000 euro	4	2	6
< 45.000 euro	3	1	4
< 55.000 euro	2	1	3
< 65.000 euro	1	1	2
> 65.000 euro	0	0	0
Graduazione del contributo per utente in base alla somma riportata in applicazione dei due parametricompresenza servizi/isee socio sanitario		Contributo minimo da erogare	
Punteggio compreso tra 1 – 3		Minimo Euro 400,00	
Punteggio compreso tra 4 – 6		Euro 500,00	
Punteggio compreso tra 7 – 8		Euro 600,00	
Punteggio compreso 9 – 12		Euro 700,00	

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

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

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

Risorse residue

Il contributo minimo corrispondente al punteggio assegnato all'utente può essere incrementato, sia per l'assegno che per il contributo di cura, nel caso in cui il fabbisogno assistenziale valutato in sede di UVMD metta in evidenza la necessità di integrare l'intervento, tenuto conto ovviamente delle risorse residue a



REGIONE
LAZIO

disposizione una volta provveduto alla totale copertura dei servizi per le persone con disabilità che necessitano di un sostegno intensivo ed integrato e di tutti gli utenti eventualmente in lista d'attesa.

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

Interventi aggiuntivi in favore di soggetti affetti da SLA

La L.R. 13/2018, all'art. 4 comma 12, prevede la realizzazione di interventi a carattere socio assistenziale in favore delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA). La disciplina regionale attuativa (DGR 304/2019) prevede che tali risorse regionali siano utilizzate, nel caso di utenti che ancora non fruiscono di alcun servizio socio assistenziale, per attivare l'assistenza in ambito domiciliare e, nel caso di utenti già beneficiari ai sensi della L.R. 11/2016, per implementare gli stessi.

La suindicata deliberazione fissa in euro 300,00 il valore massimo del contributo assistenziale in favore dell'utente affetto da SLA che necessita di un sostegno intensivo ed integrato.

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

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

ART. 6 - RENDICONTAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE

Premesso che l'art. 1, comma 164 della legge 234/2021 stabilisce che:

- gli ATS garantiscono l'offerta dei servizi e degli interventi di cui alle aree individuate al comma 162 (ossia assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, servizi sociali di sollievo, servizi sociali di supporto).
- l'offerta può essere integrata da contributi, diversi dall'indennità di accompagnamento di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti e il supporto ai familiari che partecipano all'assistenza.
- tali contributi sono utilizzabili esclusivamente per remunerare il lavoro di cura svolto da operatori titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore di cui all'articolo 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81, o per l'acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale”.
- con la nota prot. 5600 del 22 marzo 2024 Il MLPS ha espressamente chiarito che “l'avanzamento dell'attuazione dei LEPS di cui all'art. 1, comma 164, L. 234/2021 è strettamente condizionato alla esclusiva utilizzazione dei contributi per la remunerazione del lavoro di cura ed assistenza svolto dagli operatori titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore o per l'acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale,



fermo restando l'obbligo di produzione di copia dei contratti e dei giustificativi di spesa ai fini della rendicontazione”.

Evidenziato che le risorse finanziarie a valere sul Fondo Nazionale non Autosufficienza sono esclusivamente destinate all'acquisto di prestazioni e servizi a favore dell'utente non vanno in alcun modo assimilate a interventi pubblici di sostegno al reddito, finalità a cui invece sono deputati altri interventi di carattere monetario, generalmente gestiti dall'INPS, ferme restando le disposizioni di carattere generale previste per il monitoraggio dell'impiego delle risorse del FNA oggetto di trasferimento annuale (modello D del DPCM 3 ottobre 2022 e art. 64, comma 4 bis, della l.r. 11/2016), si rappresenta che il Distretto 4.2 ai fini della rendicontazione delle risorse dovrà anche acquisire “la copia dei contratti e dei giustificativi di spesa “attestanti l'impiego conforme dei trasferimenti. Detta documentazione dovrà essere conservata agli atti dei Distretti stessi, anche al fine di rispondere alle eventuali verifiche a campione da parte del MLPS, di altri Organi di controllo.

Precisato che per giustificativi di spesa si intendono:

a. per l'assegno di cura, le spese relative al lavoro svolto da operatori titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore di cui all'articolo 51, del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81;

b. per il contributo di cura, il cui beneficiario è l'utente che si avvale del caregiver familiare, (ferma restando la verifica periodica sull'attuazione del PPA da parte dei servizi territoriali, già prevista dalla DGR 897/2021), è necessaria copia del contratto di lavoro del collaboratore familiare o i giustificativi di spesa relativi all'acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale (a titolo esemplificativo: spesa per servizi di inclusione, centri diurni, laboratori, attività sportive, prestazioni socio sanitarie, ecc) a condizione che queste siano previste all'interno del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).

La persona destinataria dell'intervento (o chi ne fa le veci ai sensi di legge), nei modi e nei tempi stabiliti dal Distretto 4.2, **pena la sospensione del beneficio fino alla integrazione della documentazione prevista**, è sempre tenuta a presentare ai fini della rendicontazione delle spese sostenute:

- Assegno di cura: il contratto di lavoro, busta paga, bonifici bancari e copia dei versamenti per gli oneri assicurativi, previdenziali e assistenziali del collaboratore familiare.
- Contributo di cura: i giustificativi di spesa relativi all'acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale e relativi contratti di servizio e/o di altre spese che trovano giustificazione al trasferimento monetario, contemplate nel PAI, **(a titolo esemplificativo: spesa per i servizi di assistenza ed inclusione (centri diurni, laboratori, attività sportive, prestazioni socio sanitarie, ecc) trasporto sociale (non con mezzo proprio), consumo di energia per l'utilizzo costante di macchinari vitali legati alla condizione di disabilità della persona e riferiti alla specifica condizione di compromissione funzionale indicata dal DM 26 settembre 2016, alla cura e a migliorare la qualità della vita dell'utente o funzionali alla fruizione del tempo libero e/o soggiorni vacanza o per acquisto di parafarmaci (secondo indicazione medica) o autodichiarazione, resa ai sensi del Dpr 445/2000, attestante l'elenco delle citate spese ammissibili sostenute e l'impegno all'autonoma conservazione dei giustificativi di spesa ivi dichiarati, anche al fine di rispondere alle eventuali verifiche a campione da parte del MLPS, di altri Organi di controllo o del Distretto 4.2 a condizione che queste siano previste all'interno del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)..**



-

Ai sensi della successiva circolare regionale avente ad oggetto: “*Circolare regionale per la disabilità gravissima integrativa della circolare regionale prot. n. 1234633/2024. Ulteriori chiarimenti sulle modalità di rendicontazione del “contributo di cura”*”, è confermata la possibilità per la persona beneficiaria del Contributo di cura o chi ne cura e rappresenta gli interessi dell’assunzione tramite regolare rapporto di lavoro, di un familiare dell’utente entro il terzo grado di parentela o affinità, ivi compreso il coniuge. Per procedere all’assunzione di un familiare la persona beneficiaria del Contributo di cura o chi ne cura e rappresenta gli interessi, espleta la specifica procedura telematica di assunzione direttamente sul sito dell’INPS, a cui si rimanda per le specifiche previste.

Sono esclusi i costi riconducibili all’erogazione di servizi/prestazioni strettamente di carattere sanitario.

Sottoscrizione Atto di Impegno

La persona destinataria dell’intervento (o chi ne fa le veci ai sensi di legge) sottoscrive, unitamente al piano personalizzato integrato di assistenza, un apposito **atto di impegno** predisposto dal Distretto 4.2 nel quale, conformemente a quanto previsto dalla D.G.R. 233/2016 si impegna:

- ad utilizzare il sostegno economico concesso quale aiuto economico a esclusivo titolo di rimborso spese totale o parziale ovvero per soddisfacimento dei bisogni della persona assistita e a garantirne la necessaria assistenza;
- a rispettare quanto stabilito sul Piano Assistenziale Individualizzato;
- a regolarizzare il rapporto di lavoro con l’assistente personale scelto, mediante sottoscrizione di apposito contratto di lavoro nel rispetto delle normative vigenti e a farsi carico degli oneri diretti e indiretti, ivi compresi quelli assicurativo, previdenziale e assistenziale, derivanti dal medesimo, (Assegno di Cura);
- a stipulare idonea polizza assicurativa RCT a favore dell’assistente personale scelto per eventuali danni provocati a terzi (Assegno di Cura);
- a concordare con il servizio sociale territoriale eventuali variazioni del piano personalizzato di assistenza;
- a presentare, con periodicità stabilita dai servizi sociali territoriali, ai fini della rendicontazione delle spese sostenute:
 1. il contratto di lavoro, busta paga, bonifici bancari e copia dei versamenti per gli oneri assicurativi, previdenziali e assistenziali del collaboratore familiare (Assegno di cura);
 2. i giustificativi di spesa relativi all’acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell’assistenza sociale non residenziale e relativi contratti di servizio e/o di altre spese che trovano giustificazione al trasferimento monetario, contemplate nel PAI, **(a titolo esemplificativo: spesa per i servizi di assistenza ed inclusione (centri diurni, laboratori, attività sportive, prestazioni socio sanitarie, ecc) trasporto sociale (non con mezzo proprio), consumo di energia per l’utilizzo costante di macchinari vitali legati alla condizione di disabilità della persona e riferiti alla specifica condizione di compromissione funzionale indicata dal DM 26 settembre 2016, alla cura e a migliorare la qualità della vita dell’utente o funzionali alla fruizione del tempo libero e/o soggiorni vacanza o per acquisto di parafarmaci (secondo indicazione medica) o autodichiarazione, resa ai sensi del Dpr 445/2000, attestante l’elenco**



delle citate spese ammissibili sostenute e l'impegno all'autonoma conservazione dei giustificativi di spesa ivi dichiarati, anche al fine di rispondere alle eventuali verifiche a campione da parte del MLPS, di altri Organi di controllo o del Distretto 4.2. (Contributo di cura);

- ad effettuare ogni pagamento delle spese esclusivamente con mezzi tracciabili (assegni, bonifici, ecc.) e a presentarli al Distretto 4.2;
- si impegna a riconoscere al Distretto 4.2 il pieno esercizio della vigilanza e del controllo sull'attuazione del piano personalizzato e sull'osservanza dell'atto di impegno;
- ad accettare che, al verificarsi di eventuali proprie inadempienze di cui ai punti sopra elencati, il Distretto 4.2, previa contestazione per iscritto della relativa inadempienza e assegnazione di un congruo termine per la regolarizzazione della medesima, decorso inutilmente tale termine, **procederà alla sospensione del beneficio** fino alla completata integrazione della documentazione sopra riferita.

ART. 7 – TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E INFORMATIVA PRIVACY PROTEZIONE DATI PERSONALI (REGOLAMENTO UE 679/2016)

I dati personali saranno trattati in conformità al Regolamento UE Generale sulla Protezione Dati (GDPR). L'informativa prevista dagli artt. 13 e 14 del GDPR è disponibile sul sito della www.comune.cerveteri.rm.it e in allegato al presente avviso.

ART. 8 – INFORMAZIONI SULL'AVVISO PUBBLICO

Per maggiori dettagli rispetto a quanto riportato nel presente avviso si rinvia alla consultazione delle linee guida operative per le prestazioni assistenziali, componente sociale, in favore delle persone con disabilità che necessitano di un sostegno intensivo ed integrato emanate con Delibera della Regione Lazio n. 104 del 07/03/2017, Deliberazione della Regione Lazio n. 430 del 28/06/2019, Deliberazione della Regione Lazio n. 395 del 23/06/2020, Deliberazione Giunta n. 897 del 09/12/2021, e al decreto 26 settembre 2016 e ad ogni altro riferimento di legge richiamato, tra cui la nota prot. 241817 del 21.02.2024.

Per informazioni o chiarimenti è possibile recarsi presso gli Uffici del Servizio Sociale di Cerveteri e Ladispoli, nei giorni di apertura al pubblico.

ART. 9 – IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Il Responsabile del Procedimento è il Responsabile dell'Ufficio di Piano Dott. Emiliano Magnosi.

ALLEGATI

Costituiscono allegati al presente avviso:

- Schema di domanda
- Informativa per il trattamento dei dati personali