

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 1 ROMA 4



COMUNE CAPOFILA: COMUNE DI CIVITAVECCHIA

**LINEE GUIDA
PER L'EROGAZIONE DI INTERVENTI SOCIOASSISTENZIALI IN FAVORE DI
PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA.**

INDICE

Art. 1 – Oggetto	Pag. 2
Art. 2 – Destinatari	Pag. 2
Art. 3 – Interventi socioassistenziali	Pag. 3
Art. 4 – interventi di assistenza alla persona/assegno di cura	Pag. 3
Art. 5 - Assegno di cura compatibilità/incompatibilità con altri servizi	Pag. 4
Art. 6 – Determinazione dell’importo dell’assegno di cura	Pag. 5
Art. 7 – Criteri di valutazione	Pag. 5
Art. 8 - Attestazione ISEE	Pag. 7
Art.9 - Decorrenza assegno di cura	Pag. 7
Art. 10 – Figure professionali	Pag. 8
Art. 11 – Contributo di cura – Assistenza del caregiver	Pag. 9
Art. 12 – Contributo di cura compatibilità/incompatibilità	Pag. 9
Art. 13 – Determinazione del contributo di cura	Pag. 9
Art. 14 – Decorrenza del contributo di cura	Pag. 10
Art. 15 – Interventi di sollievo	Pag. 10
Art. 16 – Servizio di assistenza domiciliare	Pag. 11
Art. 17 – Servizio di assistenza domiciliare compatibilità/incompatibilità	Pag. 11
Art. 18 – Modalità di erogazione del servizio di assistenza domiciliare	Pag. 11
Art. 19 – Decorrenza assistenza domiciliare	Pag. 12
Art. 20 – Interventi integrativi a favore di soggetti affetti da SLA	Pag. 12
Art. 21 – Cambio di residenza, modalità di riconoscimento delle prestazioni	Pag. 12
Art. 22 - Risorse residue	Pag. 13
Art. 23 - Modalità di accesso agli interventi socioassistenziali	Pag. 13
Art. 24 – Valutazione istanze, formazione delle graduatorie e iter procedurale.....	Pag. 15
Art. 25 – Criteri di priorità di accesso alle prestazioni	Pag. 16
Art. 26 – Unità Valutativa Multidimensionale Integrata	Pag. 16
Art. 27 – Definizione del Piano Assistenziale Individualizzato	Pag. 17
Art. 28 – Atto di impegno	Pag. 18
Art. 29 – Modalità di erogazione dei contributi economici	Pag. 19
Art. 30 – Monitoraggio e valutazione degli interventi socio-assistenziali	Pag. 19
Art. 31 – Proroga degli interventi socioassistenziali a scadenza dell’annualità	Pag. 20
Art. 32 – Sospensione e cessazione degli interventi socio-assistenziali	Pag. 20
Art. 33 – Cartella sociale informatica	Pag. 20
Art. 34 – Trattamento dati personali	Pag. 21
Art. 35 – Entrata in vigore	Pag. 21
Art. 36 – Norma transitoria	Pag. 21

Allegati:

- I. Moduli certificazione disabilità gravissima;
- II. Scheda di valutazione.

Art. 1 – Oggetto

Le presenti linee guida disciplinano l'accesso agli interventi socio-assistenziali in favore di persone non autosufficienti in condizione di disabilità gravissima, secondo i criteri e le modalità stabiliti negli articoli successivi e in linea con le norme regionali vigenti in materia.

Art. 2 - Destinatari

Persone residenti nel Distretto socio-sanitario 1 Roma 4 in condizione di disabilità gravissima (ai sensi dell'art. 3 del DM 26 settembre 2016) e, quindi, 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 si sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:

- a) Persone in condizione di coma, stato vegetativo (SV) oppure du 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 della 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 complessivo muscolare ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio della 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 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 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 (LAMPER) ≤ 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 civile 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, in presenza di una diagnosi medica di patologia o menomazione da parte dello specialista di riferimento che accompagni il rilievo funzionale.

Per la valutazione della condizione di disabilità gravissima, di cui alle precedenti lettere a), c), d), e), h), si rinvia alle scale di misurazione illustrate nell'Allegato 1 del decreto interministeriale 26 settembre 2016.

Per l'individuazione delle altre persone in condizione di dipendenza vitale, di cui alla precedente lettera i), si utilizzano, invece, i criteri di cui all'allegato 2 del suddetto decreto.

Quindi, mediante la valutazione del livello di compromissione della funzionalità, indipendentemente dal tipo di patologia e/o menomazione, attraverso la rilevazione dei seguenti domini:

1. Motricità;
2. Stato di coscienza;
3. Respirazione;
4. Nutrizione.

Le compromissioni rilevate ai fini della identificazione delle persone in condizione di dipendenza vitale sono le seguenti:

1. Motricità:
 - Dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana (ADL): l'attività è svolta completamente da un'altra persona
2. Stato di coscienza:
 - Compromissione severa: raramente/mai prende decisioni
 - Persona non cosciente
3. Respirazione:
 - Necessità di aspirazione quotidiana;
 - Presenza di tracheostomia
4. Nutrizione:
 - Necessità di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi
 - Combinata orale e enterale/parenterale
 - Solo tramite sondino naso-gastrico (SNG)
 - Solo tramite gastrostomia (es. PEG)
 - Solo parenterale (attraverso catetere venoso centrale CVC)

Si intendono in condizione di dipendenza vitale le persone che hanno compromissioni in almeno uno dei domini di cui ai punti 1 e 2 e di almeno uno dei domini di cui ai punti 3 e 4.

Il DPCM 21 novembre 2019, all'art. 2 comma 6, ha ribadito che nella definizione di disabilità gravissima sono incluse le persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) e le persone con stato di demenza molto grave tra cui quelle affette da morbo di Alzheimer in tale condizione.

Art. 3 - Interventi socio-assistenziali

Gli interventi previsti per le persone in condizione di disabilità gravissima sono i seguenti:

- a) *Interventi di assistenza alla persona (Assegno di cura)*: contributo economico finalizzato all'acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia;
- b) *Assistenza del caregiver (Contributo di cura)*: contributo economico finalizzato al riconoscimento e al supporto della figura del caregiver familiare, quale componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato;
- c) *Interventi di sollievo*: erogazione di servizi, riservati ai caregiver familiari che prestano la loro attività assistenziale per l'erogazione del contributo di cura, finalizzati alla loro sostituzione temporanea sia programmata sia in condizioni di emergenza (DGR 341/21);
- d) *Servizio di assistenza domiciliare*: prestazioni di tipo socioassistenziale consistenti prevalentemente in attività di aiuto alla persona, di governo della casa, di supporto nel favorire la vita e la rete di relazioni, nonché in interventi di tipo sociale ed educativo, erogate tramite idoneo organismo individuato tra quelli iscritti nei registri distrettuali dei soggetti gestori dei servizi alla persona.

Articolo 4 – Interventi di assistenza alla persona/Assegno di cura

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

finalizzato all'acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla sua famiglia.

Il sostegno di natura economica concesso è finalizzato a compensare, in modo totale o parziale, le spese da sostenere per l'acquisizione delle prestazioni assistenziali domiciliari contemplate nel PAI, e comporta la sottoscrizione di un regolare contratto di lavoro e dell'atto di impegno oltre al controllo dell'ammissibilità delle spese.

La valutazione dell'appropriatezza dell'intervento di cui trattasi per ciascun utente compete all'UVM integrata in sede di valutazione del PAI.

Per favorire la più ampia libertà di scelta, l'utente, i familiari, o i soggetti giuridicamente incaricati o preposti alla tutela della persona destinataria del servizio potranno:

- individuare l'operatore da impiegare nell'assistenza che dovrà essere necessariamente iscritto al registro distrettuale degli assistenti alla persona;
- acquistare il servizio di assistenza direttamente da un soggetto erogatore del Terzo Settore in possesso dei requisiti stabiliti dalla legge per lo svolgimento dei servizi di assistenza domiciliare ed aiuto personale a non autosufficienti, iscritti al registro distrettuale dei soggetti gestori dei servizi alla persona.

I registri di cui sopra, istituiti con Determinazione Dirigenziale n. 1802 del 05/11/2019 adottata dall'Ufficio di Piano del Distretto Socio-sanitario 1 Roma 4, sono costantemente aggiornati e consultabili al seguente link <http://www.comune.civitavecchia.rm.it/ufficio-di-piano/>

La responsabilità della scelta dell'assistente alla persona o di un soggetto erogatore, degli obblighi e degli adempimenti derivanti dalla gestione del rapporto di lavoro è esclusivamente della persona che firma il contratto, da redigersi nel rispetto della normativa vigente e degli inquadramenti contrattuali previsti. La sottoscrizione del contratto comporta l'impegno per il datore di lavoro di assolvere agli adempimenti conseguenti tra cui, in particolare, il pagamento del corrispettivo e il versamento degli oneri assicurativi e previdenziali.

Le persone destinatarie del sostegno economico, i familiari o chi ne fa le veci ai sensi di legge, che scelgono il proprio assistente o l'Organismo del terzo settore al di fuori dei registri dovranno far iscrivere gli stessi in detti registri entro il termine di tre mesi dal ricevimento della comunicazione di ammissione al beneficio. Tale adempimento risulta essenziale per il proseguimento dell'erogazione del sostegno economico.

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

Art. 5 – Assegno di cura compatibilità/incompatibilità con altri servizi

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 al domicilio;
- interventi complementari all'assistenza domiciliare, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie e altre azioni di sostegno individuate nel PAI;
- servizi socio-assistenziali o contributi per l'acquisizione di prestazioni socio-assistenziali i cui oneri gravino su fondi non destinati alla disabilità gravissima;
- erogazione della specifica misura di sostegno prevista dalla L.R. 7/2018 e dal regolamento regionale attuativo n. 1/2019 relativa ai minori in età evolutiva prescolare con disturbo dello spettro autistico.

L'assegno di cura non viene riconosciuto o, se già attribuito, ne verrà sospesa l'erogazione 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, socio-sanitarie o socioassistenziali.

In caso di ricovero permanente il finanziamento concesso verrà interrotto. L'utente o suo familiare o suo rappresentante legale è tenuto a dare tempestiva comunicazione dell'avvenuto inserimento in struttura al Servizio Sociale di residenza il quale provvederà ad informare l'Ufficio di Piano.

Art. 6 – Determinazione dell'importo dell'assegno di cura

Il sostegno economico per la realizzazione dell'intervento di assistenza alla persona, denominato "assegno di cura", sarà erogato agli aventi diritto per la durata di 12 mesi e comunque fino a concorrenza delle risorse disponibili in ambito distrettuale.

L'importo dell'assegno di cura per le persone in condizione di disabilità gravissima è compreso tra Euro 500,00 ed Euro 800,00. Lo stesso verrà graduato, come indicato nella tabella che segue, sulla base del punteggio acquisito, determinato dalla compresenza di servizi e dalla condizione economica del beneficiario come esplicitato al successivo art. 7 delle presenti linee guida.

PUNTEGGIO	IMPORTO DA EROGARE
Compreso tra 1 - 3	Euro 500,00
Compreso tra 4 - 6	Euro 600,00
Compreso tra 7 - 8	Euro 700,00
Compreso tra 9 - 12	Euro 800,00

Art. 7 - Criteri di valutazione

Di seguito il dettaglio dei criteri di valutazione per l'attribuzione del punteggio utile a graduare l'importo delle prestazioni assistenziali disciplinate dalle presenti linee guida:

	CRITERI	Punteggio
1.	SERVIZI SOCIO-ASISTENZIALI COMPRESENTI RISPETTO AL BENEFICIO RICONOSCIUTO ALL'UTENTE PER LA CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA	fino a punti 4
	Nessun servizio	4
	Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: <ul style="list-style-type: none"> - Assistenza domiciliare fino a 12 ore settimanali; - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza di importo minore o uguale ad Euro 300,00 	3,5
	Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: <ul style="list-style-type: none"> - Assistenza domiciliare tra le 13 e le 18 ore settimanali; - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza di importo compreso tra Euro 300,01 ed Euro 450,00; - 1 g. di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale. 	3

	<p>Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assistenza domiciliare tra 19 e 24 ore settimanali; - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza di importo compreso tra Euro 450,01 ed Euro 600,00; - 2 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale; 	2,5
	<p>Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assistenza domiciliare tra 25 e 30 ore settimanali; - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza di importo compreso tra Euro 600,01 ed Euro 750,00; - 3 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale. 	2
	<ul style="list-style-type: none"> - Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: - Assistenza domiciliare maggiore di 30 ore settimanali; - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza di importo compreso tra Euro 750,01 ed 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
	<p>Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi:</p> <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
2. CONDIZIONE ECONOMICA		
2.a PERSONE ADULTE		
	I.S.E.E.	PUNTEGGIO
	Inferiore ad €. 13.000,00	6
	Da €.13.000,00 a €. 24.999,99	5
	Da €. 25.000,00 a €. 34.999,99	4
	Da €. 35.000,00 a €. 44.999,99	3
	Da €. 45.000,00 a €. 54.999,99	2
	Da €. 55.000,00 a €. 65.000,00	1
	Superiore ad Euro 65.000,00	0
	fino a punti 6	
2.b MINORI		
	I.S.E.E.	PUNTEGGIO
	Inferiore ad €. 13.000,00	8
	Da €.13.000,00 a €. 24.999,99	7
	Da €. 25.000,00 a €. 34.999,99	6
	Da €. 35.000,00 a €. 44.999,99	4
	Da €. 45.000,00 a €. 54.999,99	3
	Da €. 55.000,00 a €. 65.000,00	2
	Superiore ad Euro 65.000,00	0
	fino a punti 8	

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.

Art. 8 - Attestazione ISEE

Il richiedente, deve essere in possesso, all'atto della presentazione della domanda, pena l'inammissibilità al beneficio, di una valida attestazione ISEE. Si prenderà in esame l'ISEE sociosanitario riferito all'intero nucleo familiare del beneficiario o, se più favorevole e solo per le persone maggiorenni con disabilità o non autosufficienza, al nucleo familiare ristretto rispetto a quello ordinario composto dal richiedente la prestazione, dal coniuge e dai figli minorenni e/o maggiorenni a carico ai fini IRPEF.

Se il beneficiario ha un'età inferiore agli anni 18, sarà considerato l'ISEE per prestazioni agevolate rivolte a minorenni (di seguito ISEE minorenni). Sono previste modalità differenziate di calcolo di tale indicatore in ragione della diversa situazione familiare del minorenne beneficiario della prestazione.

La certificazione ISEE dovrà essere redatta secondo le norme vigenti in materia.

Il valore dell'ISEE sociosanitario o dell'ISEE per minorenni e il numero di protocollo dell'attestazione ISEE da utilizzare per la valutazione dell'istanza deve essere dichiarato nella domanda, pena l'inammissibilità della stessa anche se dovessero risultare acquisite agli atti d'Ufficio altre attestazioni ISEE. Tale valore è necessario per l'attribuzione del punteggio, come indicato all'art. 7 delle presenti linee guida, finalizzato alla determinazione dell'importo della prestazione.

La suddetta attestazione viene acquisita, qualora non allegata alla domanda di ammissione, presso l'Inps, direttamente dal Servizio Sociale del Comune di residenza del beneficiario, purché nella domanda sia indicato il numero di protocollo dell'attestazione ISEE da prendere in considerazione e purché lo stesso ne consenta una chiara identificazione tra quelle elaborate e presenti nella banca dati Inps, in caso contrario la domanda non potrà essere ammessa. La domanda dovrà, quindi, essere riaperta e riportata allo stato "*in corso*".

Qualora in sede di istruttoria della domanda, l'Ufficio Servizi Sociali di riferimento rilevi una attestazione ISEE sociosanitario o ISEE minorenni non in corso di validità o non corretta per quanto attiene la composizione familiare del nucleo ove compare il beneficiario, la domanda sarà respinta. In tal caso la stessa dovrà essere riaperta e riportata allo stato "*in corso*".

Qualora l'attestazione ISEE presenti omissioni o difformità rilevate dall'INPS per il tramite dei controlli effettuati dall'Agenzia delle Entrate, il richiedente dovrà essere invitato, pena la decadenza dal beneficio, a sanare le stesse, tramite la presentazione di idonea documentazione atta a dimostrare la completezza e la veridicità dei dati indicati nella dichiarazione, entro dieci giorni dal ricevimento della relativa richiesta da trasmettersi tramite piattaforma dedicata. Nel caso in cui la documentazione acquisita comporti una rideterminazione del valore ISEE l'istanza non potrà essere ammessa al beneficio. La domanda dovrà essere riaperta e riportata allo stato "*in corso*".

Art. 9 - Decorrenza assegno di cura

L'assegno di cura è riconosciuto:

- per i nuovi casi per la durata di un anno 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. Quanto sopra non consentirà il riconoscimento della retroattività della prestazione e comunque il beneficio potrà decorrere solo dal mese di adozione dell'atto di ammissione sempre che il

beneficiario sia già in possesso di un regolare contratto di assunzione del personale addetto all'assistenza. In caso contrario l'erogazione sarà determinata dalla decorrenza del contratto.

- per gli utenti già beneficiari dell'intervento, al fine di garantire la continuità assistenziale, per la durata di un anno in continuità con l'annualità già fruita, eventualmente verificati il possesso di idonea documentazione giustificativa (contratto in corso di validità e fatture emesse per il servizio svolto da detta data) e fatta salva la rivalutazione come prevista all'art. 31 delle presenti linee guida;
- per gli utenti in lista di attesa in base alle graduatorie distrettuali già esistenti (redatte secondo l'avviso pubblico approvato con Determinazione Dirigenziale n. 3834 del 27/11/20 e rettificato con successiva Determinazione Dirigenziale n. 3271 del 07/10/21), l'erogazione avverrà attraverso lo scorrimento della graduatoria, per la durata di un anno, da quando il Distretto sociosanitario disponga delle risorse necessarie a soddisfare la richiesta individuale. Quanto sopra non consentirà il riconoscimento della retroattività della prestazione e comunque il beneficio potrà decorrere solo dal mese di adozione dell'atto di ammissione sempre che il beneficiario sia già in possesso di un regolare contratto di assunzione del personale addetto all'assistenza. In caso contrario l'erogazione sarà determinata dalla decorrenza del contratto.

Art. 10 - Figure professionali

In linea con le direttive regionali le figure professionali da impiegare nel servizio di assistenza alla persona/assegno di cura devono necessariamente essere iscritte nell'apposito Registro degli assistenti alla persona. Pertanto, la funzione di operatore può essere svolta da:

- a) operatori sociosanitari (OSS);
- b) assistenti domiciliari e dei servizi tutelari (ADEST);
- c) operatori socioassistenziali (OSA);
- d) operatori tecnici ausiliari (OTA);
- e) assistenti familiari (DGR 609/2007);
- f) persone in possesso del 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 entro un anno dall'assunzione. In tal caso sarà necessario documentare l'iscrizione al corso con apposita attestazione rilasciata dall'Organismo di formazione.

Il mancato conseguimento del titolo fa venir meno l'idoneità allo svolgimento delle funzioni proprie di questa forma di assistenza ed è fatta salva la facoltà dell'Ente di recuperare le somme eventualmente già erogate per gli interventi assistenziali.

L'assistente alla persona è un operatore che interviene accanto alla persona in condizione di disabilità gravissima per aiutarla negli atti quotidiani compensando i suoi limiti funzionali e permettendole in tal modo di permanere nel proprio ambiente familiare e domestico.

L'assistente alla persona può prestare la sua opera in ogni ambito e in ogni circostanza della vita della persona.

L'assistente alla persona agisce in base alle direttive della persona o del familiare che se ne prende cura in linea con quanto stabilito nel PAI.

L'assistente alla persona può essere reperito anche per il tramite di un Organismo del terzo settore che dovrà comunque essere iscritto nel registro Distrettuale dei soggetti gestori dei servizi alla persona.

Le persone destinatarie del sostegno economico, loro familiari o chi ne fa le veci ai sensi di legge, che scelgono il proprio assistente o l'Organismo del terzo settore al di fuori dei registri dovranno far iscrivere gli stessi in detti registri entro il termine di tre mesi dal ricevimento della comunicazione

di ammissione al beneficio. Tale adempimento risulta essenziale per il proseguimento dell'erogazione del sostegno economico.

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, tra cui in particolare il pagamento del corrispettivo e il versamento degli oneri assicurativi e previdenziali.

Nessuna somma potrà essere richiesta al soggetto pubblico competente oltre gli importi riconosciuti come direttamente e strettamente connessi all'attività di assistenza svolta in conformità al piano personalizzato di assistenza.

Qualora nell'ambito dei normali controlli i Servizi Sociali territoriali dovessero rilevare delle inadempienze relative all'attività svolta dagli operatori impiegati nel servizio o dall'organismo del terzo settore dovranno segnalarle per iscritto all'Ufficio di Piano affinché possa valutare eventuali responsabilità e procedere se del caso alla decadenza o alla cancellazione dal relativo registro.

Art. 11 - Contributo di cura- Assistenza al caregiver

Il contributo economico, denominato contributo di cura a persone in condizione di disabilità gravissima assistite dal caregiver, 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.

Il caregiver familiare è la persona che volontariamente, in modo gratuito e responsabile, si prende cura di una persona non autosufficiente e che intrattiene con la stessa consolidati e verificati rapporti di cura e di assistenza, anche in assenza di vincoli di natura familiare.

Il caregiver familiare assiste e cura la persona con disabilità ed il suo ambiente domestico garantendone la permanenza al domicilio e il mantenimento delle relazioni affettive. Supporta la persona assistita nella vita di relazione, nella mobilità, nell'accesso a visite e trattamenti, concorre al suo benessere psico-fisico, l'aiuta nel disbrigo delle pratiche amministrative, è la memoria storica del suo percorso nonché l'interprete dei suoi bisogni, aspettative e progetti.

L'UVMI, cui è rimessa la valutazione multidimensionale del bisogno, valuta e accerta che il caregiver scelto dall'utente sia in grado di assicurare le attività di cura e di assistenza necessaria, riconosce, quindi, formalmente la figura del caregiver familiare e stabilisce le attività richieste allo stesso che deve concorrere all'attuazione delle cure domiciliari previste dal PAI.

Il caregiver, pertanto, sarà preferibilmente la persona convivente con l'assistito ma potrà essere individuato anche in una persona non convivente purché valutata dall'UVMI in grado di assicurare le attività di cura e di assistenza necessarie all'utente.

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 e/o Case Manager che diventa figura di riferimento per lo stesso. L'erogazione del contributo di cura può essere concessa solamente a seguito del riconoscimento del ruolo del caregiver ai sensi della DGR Lazio n. 341 del 08/06/21.

Art. 12 - Contributo di cura compatibilità/incompatibilità con altri servizi

Il contributo di cura è cumulabile con pensioni, indennità di accompagnamento ed ogni altro assegno a carattere previdenziale e/o assicurativo riconosciuto all'utente. Il contributo di cura può essere riconosciuto all'utente anche in compresenza di altri servizi socioassistenziali o altri contributi destinati all'acquisizione di prestazioni assistenziali a gravare sui fondi non destinati alla disabilità gravissima. Il contributo di cura non è cumulabile con l'assegno di cura per persone con disabilità gravissima.

Art. 13 - Determinazione del contributo di cura

L'importo del contributo di cura, riconosciuto alla persona in condizione di disabilità gravissima assistita dal caregiver individuato nel PAI è compreso tra Euro 400,00 ed Euro 700,00 mensili per

l'arco temporale di un anno. Lo stesso viene erogato in favore della persona assistita fino a concorrenza delle risorse disponibili in ambito distrettuale.

Lo stesso verrà graduato, come indicato nella tabella che segue, sulla base del punteggio acquisito, determinato dalla compresenza di servizi e dalla condizione economica del beneficiario come esplicitato all'art. 7 delle presenti linee guida.

PUNTEGGIO	IMPORTO DA EROGARE
Compreso tra 1 - 3	Euro 400,00
Compreso tra 4 - 6	Euro 500,00
Compreso tra 7 - 8	Euro 600,00
Compreso tra 9 - 12	Euro 700,00

Art. 14 - Decorrenza del contributo di cura

Il contributo di cura è riconosciuto:

- per i nuovi casi, per la durata di un anno, 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. Quanto sopra non consentirà il riconoscimento della retroattività della prestazione e comunque il beneficio potrà decorrere solo dal mese di adozione dell'atto di ammissione.
- per gli utenti già beneficiari dell'intervento, al fine di garantire la continuità assistenziale, per la durata di un anno in continuità con l'annualità già fruita, fatta salva la rivalutazione come prevista all'art. 31 delle presenti linee guida;
- per gli utenti in lista di attesa in base alle graduatorie distrettuali già esistenti (redatte secondo l'avviso pubblico approvato con Determinazione Dirigenziale n. 3834 del 27/11/20 e rettificato con successiva Determinazione Dirigenziale n. 3271 del 07/10/21), l'erogazione avverrà attraverso lo scorrimento della graduatoria, per la durata di un anno, da quando il Distretto sociosanitario disponga delle risorse necessarie a soddisfare la richiesta individuale. Quanto sopra non consentirà il riconoscimento della retroattività della prestazione e comunque il beneficio potrà decorrere solo dal mese di adozione dell'atto di ammissione.

Art. 15 – Interventi di sollievo

L'Ufficio di Piano, sulla base delle risorse disponibili, ai sensi della DGR 341/21, potrà attivare servizi di sollievo in favore dei beneficiari del contributo di cura, nell'eventualità che il caregiver, nel corso dell'anno necessiti di:

- interventi di sollievo finalizzati a preservare il proprio benessere, l'equilibrio personale e familiare, prevenendo rischi di malattie da stress fisico-psichico (rischio burnout);
- interventi di sollievo di emergenza (malattia, ricovero, assenza forzata, ecc.) per affrontare possibili difficoltà o urgenze.

Per poter accedere al suddetto contributo il caregiver dovrà presentare domanda, su apposito modello online disponibile sulla piattaforma dedicata. Il Servizio Sociale del Comune di residenza della persona con disabilità, valutata l'istruttoria nonché la necessità assistenziale nell'ambito dell'UVM integrata, provvederà ad inoltrare all'Ufficio di Piano la richiesta di attivazione della prestazione unitamente ad un Piano di intervento dove dovranno essere indicati le finalità delle azioni da porre in essere nonché le modalità di erogazione (in linea con le indicazioni regionali). L'ammissione al beneficio da parte dell'Ufficio di Piano avverrà compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche all'uso destinate e sarà subordinata all'adozione dei necessari atti amministrativi. Per ulteriori indicazioni relative alle modalità di erogazione degli interventi di sollievo si rimanda alle specifiche linee guida disciplinate ai sensi della DGR 341/21.

Art. 16 - Servizio di assistenza domiciliare

Il servizio di assistenza domiciliare è l'insieme delle prestazioni rese nel contesto di vita quotidiana della persona finalizzati a favorire la permanenza delle persone fragili il più a lungo possibile nel proprio ambito familiare e sociale, elevando la qualità della vita delle stesse e dei membri della famiglia, evitando fenomeni di isolamento e di emarginazione sociale e prevenendo, in tal modo, il ricorso a forme di istituzionalizzazione e favorendo altresì i processi di deistituzionalizzazione. Il servizio di assistenza domiciliare comprende prestazioni di tipo socioassistenziale consistenti prevalentemente in attività di aiuto alla persona, di governo della casa, di supporto nel favorire la vita e la rete di relazioni, nonché in interventi di tipo sociale ed educativo. Le stesse si differenziano in base alle tipologie di persone destinatarie del servizio, attraverso l'elaborazione e l'attuazione di un piano personalizzato di assistenza, coprogettato con l'utente e la famiglia e diversificato secondo i bisogni dei beneficiari e gli obiettivi da raggiungere. Il servizio di assistenza domiciliare rappresenta quindi una risposta al bisogno assistenziale complesso in quanto, consentendo la permanenza nel proprio contesto di vita, il mantenimento delle relazioni, una migliore gestione delle implicazioni di ordine psicologico, rappresenta uno strumento fondamentale per il benessere della persona.

Art. 17 - Servizio di assistenza domiciliare compatibilità/incompatibilità

Il servizio di assistenza domiciliare è compatibile con la fruizione di altri servizi ed interventi quali:

- interventi di assistenza domiciliare integrata, componente sanitaria;
- interventi riabilitativi a carattere ambulatoriale e/o domiciliare e semiresidenziali;
- ricoveri ospedalieri/riabilitativi per un periodo non superiore ai 30 giorni, decorso il quale il contributo verrà sospeso per essere riattivato al momento del rientro dell'utente al domicilio;
- interventi, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie aventi carattere complementare al percorso di assistenza domiciliare, o di altre azioni di sostegno individuate nel PAI;
- servizi socio-assistenziali o contributi per l'acquisizione di prestazioni socio-assistenziali i cui oneri gravino su fondi non destinati alla disabilità gravissima;
- interventi previsti dalla L.R. 7/2018 e dal regolamento regionale attuativo n. 1/2019 rivolta ai minori in età evolutiva prescolare con disturbo dello spettro autistico.

Il 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, socio-sanitarie o socioassistenziali;
- trasferimento della residenza della persona beneficiaria dell'intervento in comune diverso da quelli appartenenti al Distretto 1 Roma 4 o in un'altra regione.

I cittadini che avranno l'accesso al servizio di assistenza domiciliare dovranno mantenere le condizioni che ne hanno determinato l'assegnazione per tutto il periodo di erogazione, pena la revoca del beneficio.

Art. 18 - Modalità di erogazione del servizio di assistenza domiciliare

Nel caso in cui il beneficiario abbia richiesto, con l'istanza, l'attivazione del servizio di assistenza domiciliare, si procederà alla valutazione della stessa utilizzando i criteri definiti agli art. 6 e 7 delle presenti linee guida per la determinazione dell'importo degli assegni di cura. L'importo riconosciuto, come sopra indicato, sarà erogato in ore di assistenza domiciliare determinate sulla base del costo della prestazione richiesto dall'organismo individuato tra quelli iscritti nel registro distrettuale dei soggetti gestori dei servizi alla persona e indicato dal richiedente.

I Servizi Sociali territoriali saranno tenuti a comunicare all'Ufficio di Piano l'Organismo scelto da ciascun beneficiario per consentire l'affidamento del servizio, anche in caso di proseguimento

dell'intervento a seguito del riconoscimento della continuità assistenziale. Saranno, inoltre tenuti a verificare l'effettivo svolgimento del servizio, anche eventualmente attraverso visite domiciliari, a controllare i fogli di presenza degli operatori impiegati nello svolgimento del servizio che con cadenza mensile saranno loro trasmessi dall'organismo incaricato del servizio. I Servizi Sociali territoriali dovranno, inoltre, trasmettere all'Ufficio di Piano, entro il giorno 10 di ogni mese, un'attestazione di regolare svolgimento del servizio dove dovranno essere indicate per ogni utente il numero delle ore effettivamente svolte nel mese precedente. Quanto sopra al fine di consentire all'Ufficio di Piano di effettuare i controlli del caso sulle fatturazioni trasmesse dall'affidatario del servizio e procedere all'accettazione e alla liquidazione delle stesse.

I beneficiari che ne facciano richiesta potranno usufruire di ulteriori ore di assistenza domiciliare rispetto a quelle accordate secondo le presenti linee guida, fermo restando che il costo per le ore aggiuntive, determinato dall'organismo del terzo settore per lo svolgimento del servizio, sarà da ritenersi a loro totale carico.

Art. 19 – Decorrenza assistenza domiciliare

Il servizio di assistenza domiciliare può essere attivato dall' 1 o dal 15 di ogni mese in considerazione dei tempi necessari al Servizio Sociale di residenza e all'Ufficio di Piano per concludere la relativa procedura amministrativa e sarà erogato con le seguenti modalità e il seguente ordine:

- per gli utenti già beneficiari dell'intervento, al fine di garantire la continuità assistenziale, in continuità con l'annualità già fruita, fatta salva la rivalutazione come prevista all'art. 31 delle presenti linee guida;
- per gli utenti in lista di attesa in base alle graduatorie distrettuali già esistenti (redatte secondo l'avviso pubblico approvato con Determinazione Dirigenziale n. 3834 del 27/11/20 e rettificato con successiva Determinazione Dirigenziale n. 3271 del 07/10/21), l'erogazione avverrà attraverso lo scorrimento della graduatoria, da quando il Distretto socio-sanitario disponga delle risorse necessarie a soddisfare la richiesta individuale.
- per i nuovi casi 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.

Lo stesso potrà comunque essere erogato solo successivamente alla sottoscrizione del PAI e avrà durata un anno.

Art. 20 - Interventi integrativi in favore di soggetti affetti da SLA

La DGR 304/2019 riconosce alle persone in condizione di disabilità gravissima affette da SLA un contributo assistenziale del valore massimo di Euro 300,00. Pertanto, ai beneficiari delle prestazioni disciplinate dalle presenti linee guida il contributo riconosciuto potrà essere incrementato dell'importo suddetto fino a concorrenza del tetto massimo prevista per ciascuna prestazione, per 12 mensilità.

Per fruire del suddetto contributo integrativo occorre produrre, al momento della presentazione della domanda, la certificazione rilasciata da uno dei Presidi/Centri di riferimento regionali (Policlinico "A. Gemelli" e Azienda Ospedaliera "San Filippo Neri") che documenti la diagnosi di SLA.

Il contributo di cui trattasi, per la sua specificità, non viene considerato nel novero dei servizi e delle misure socioassistenziali eventualmente compresenti, con attribuzione di relativo punteggio e, pertanto non incide sulla determinazione del beneficio dell'assegno di cura /assistenza domiciliare o del contributo di cura riconosciuto all'utente in condizione di disabilità gravissima.

Art. 21 - Cambio di residenza - modalità di riconoscimento delle prestazioni

In caso di trasferimento della residenza in altra Regione della persona beneficiaria degli interventi disciplinati dalle presenti linee guida, l'erogazione del beneficio è garantita per un periodo massimo

di 6 mesi a decorrere dalla domanda di cambio residenza, sia in caso di mantenimento del contratto di lavoro già in essere che in caso di sottoscrizione di nuovo contratto.

In applicazione del principio generale di non sovrapposizione delle misure pubbliche con analoghe finalità, l'erogazione sarà interrotta, anche prima dei 6 mesi, nel momento in cui l'utente accederà al servizio o alla prestazione di assistenza per la disabilità gravissima programmata dalla nuova Regione di residenza a prescindere dalle modalità e dagli importi riconosciuti.

Resta fermo, per l'utente, l'obbligo di rendicontare le spese ammissibili al contributo, al Distretto sociosanitario che ha erogato il beneficio nell'arco temporale suindicato e di inviare al Servizio Sociale referente, entro 15 giorni, la comunicazione formale di avvenuto accesso all'assistenza per la disabilità gravissima nella nuova Regione.

In caso di trasferimento della residenza, nel corso dell'annualità di intervento, della persona beneficiaria degli interventi disciplinati dalle presenti linee guida in un diverso Comune del territorio regionale l'erogazione della prestazione sarà riconosciuta come segue.

Il Distretto Sociosanitario che ha programmato l'intervento e la correlata spesa, erogherà la misura di sostegno fino al termine dell'esercizio finanziario di competenza e, comunque, fino alla nuova assegnazione delle risorse concordando con il Capofila del distretto di nuova residenza le modalità operative per assicurare la continuità assistenziale all'utente.

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

Per gli utenti beneficiari del servizio di assistenza domiciliare la prestazione potrà essere garantita solo all'interno del territorio del Distretto sociosanitario 1 Roma 4, pertanto, nel caso di trasferimento della residenza in un comune non afferente a detto Distretto, per continuare ad usufruire dei benefici della disabilità gravissima, con le modalità e per il periodo sopra specificato nel presente articolo, gli stessi potranno richiedere di variare la tipologia di erogazione della prestazione scegliendo l'assegno di cura o il contributo di cura.

Art. 22 - Risorse residue

L'Ufficio di Piano potrà incrementare il contributo minimo, corrispondente al punteggio assegnato all'utente come al precedente art. 7, per ciascuna prestazione prevista dalle presenti linee guida, nel caso in cui disponga di una rappresentanza completa e precisa del fabbisogno assistenziale, tenuto conto anche dell'incidenza del turnover naturale nel corso dell'anno e della stima della spesa necessaria per la totale copertura dei servizi per la disabilità gravissima.

Per garantire l'omogeneità a livello territoriale, il tetto massimo per la eventuale rimodulazione è fissato in Euro 200,00; lo stesso dovrà essere determinato nell'ambito dell'UVMI in relazione alla gravità della compromissione funzionale e nel caso del contributo di cura, alla convivenza del caregiver.

Art. 23 – Modalità di accesso agli interventi socioassistenziali

I cittadini in possesso dei requisiti di cui all'art. 2 potranno presentare domanda, esclusivamente online, accedendo ai link pubblicati nei siti internet dei comuni del Distretto 1 Roma 4. Qualora siano impossibilitati a farlo autonomamente, per la compilazione della domanda online, gli interessati potranno rivolgersi al PUA raggiungibile sia telefonicamente che presso le varie sedi territoriali.

Alla domanda dovrà essere allegata la seguente documentazione:

1. documentazione medica attestante la condizione di disabilità gravissima, rilasciata esclusivamente dal medico specialista e strutture sanitarie pubbliche da redigere sugli appositi modelli previsti dal relativo avviso pubblico allegato a, b, c, d, e f, g, h, i, o certificazione attestante la diagnosi di SLA rilasciata da uno dei Presidi/Centri di

riferimento regionale: Policlinico “A. Gemelli” e Azienda Ospedaliera “San Filippo Neri”;

2. copia di certificazione attestante il riconoscimento dell’ indennità di accompagnamento di cui alla legge 18/1980 o lo stato di non autosufficienza ai sensi dell’ allegato 3 del DPCM 159/2013 nello specifico: riconoscimento dell’ indennità di accompagnamento di cui alla legge 508/88 art. 1 comma 2 lettera b) (*per gli invalidi civili di età compresa tra 18-65 anni ed ultrasessantacinquenni*), legge 508/88 art. 1 (*per invalidi civili minori di età*) riconoscimento dello stato di cieco civile assoluto (*leggi: n.382/70, n. 508/88, n.138/2011*), di inabilità con diritto all’ assegno per l’ assistenza personale e continuativa (L. 222/84 art 5), invalidità sul lavoro con diritto all’ assegno per l’ assistenza personale e continuativa (DPR 1124/65 art.66) o con menomazione dell’ integrità psicofisica (L. 296/2006 art 1 comma 782 punto 4), invalidità con diritto all’ assegno di superinvalidità (tabella E allegata al DPR 834/81);
3. copia del documento di identità della persona affetta da gravissima disabilità e del rappresentante legale ai sensi di legge (Tutore, Amministratore di Sostegno o genitore solo in caso di minori) o del familiare qualora la domanda sia presentata da uno di quest’ultimi;
4. copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno (se la domanda è presentata dagli stessi).

La domanda dovrà essere presentata esclusivamente dall’interessato, da chi ne ha la rappresentanza legale (Amministratore di Sostegno, Tutore o genitore solo nel caso in cui il richiedente sia minorenne) o da un familiare, pena l’ inammissibilità.

Se la domanda è relativa all’accesso ad interventi assistenziali in favore di minori, entrambi i genitori dovranno allegare copia del loro documento di riconoscimento e il genitore che non provvede alla presentazione dell’istanza (non figura come richiedente) dovrà comunque allegare alla stessa apposita dichiarazione di adesione. Nel caso di affidamento del minore in via esclusiva, occorrerà allegare solo il documento di riconoscimento del genitore richiedente e il decreto del Tribunale per i Minorenni.

La domanda di avvio dell’iter di valutazione per la concessione di un finanziamento finalizzato ad interventi domiciliari in favore di persone con disabilità gravissima dovrà essere presentata solo dai nuovi utenti, da coloro, quindi, che non stanno beneficiando degli interventi di cui all’art. 3 delle presenti linee guida o non ne hanno mai beneficiato.

Non potranno essere accolte le domande presentate compilando il modulo online non corretto. In tal caso le stesse verranno riaperte e poste nello stato “*in corso*”.

Per coloro, invece, che stanno attualmente usufruendo dei benefici di cui alle presenti linee guida o che hanno concluso o concluderanno il periodo riconosciuto, al fine di garantire la continuità assistenziale e semplificare le procedure di accesso ai servizi, non sarà necessario ripresentare una nuova domanda di accesso a conclusione dell’annualità accordata. Quanto sopra in considerazione del fatto che l’utenza di riferimento presenta, dal punto di vista sanitario, compromissioni funzionali permanenti e/o ad evoluzione degenerativa.

Per gli stessi resta comunque l’obbligo di trasmettere esclusivamente online accedendo al link appositamente istituito, due mesi prima della scadenza del periodo di erogazione del beneficio accordato, la richiesta di rivalutazione finalizzata alla continuità assistenziale unitamente alla documentazione utile a comprovare la condizione socio-economica (indicando il numero di protocollo dell’attestazione ISEE da prendere in esame per la valutazione o allegando la stessa). Non è necessario allegare la documentazione sanitaria tranne il caso in cui si sia verificato un aggravamento della compromissione funzionale che il beneficiario voglia portare all’attenzione dell’ UVMi.

Oltre ad i casi sopra indicati, la domanda dovrà essere oggetto di aggiornamento qualora intervengano i seguenti nuovi elementi:

- scelta dell'interessato di avvalersi di una diversa modalità di erogazione della prestazione assistenziale rispetto alla opzione espressa nella prima istanza;
- attivazione di ulteriori servizi e prestazioni sociali;
- indicazione di un diverso caregiver e/o di cambiamento dello stato anagrafico del caregiver (convivenza).

Resta fermo che i servizi che hanno in carico l'utente procederanno ai sensi delle presenti linee guida, sempre, ad una verifica annuale sull'adeguatezza del progetto assistenziale, nonché dello stesso beneficio riconosciuto all'utente in condizione di disabilità gravissima, rispetto all'evoluzione della condizione socio-economica, ambientale e sanitaria della persona.

La domanda di accesso agli interventi assistenziali potrà essere presentata in qualsiasi momento dell'anno.

Art. 24 - Valutazione delle istanze, formazione della graduatoria e iter procedurale

Le domande presentate con modalità telematica, saranno acquisite presso l'Ufficio Protocollo del Comune di Civitavecchia, capofila del Distretto 1 Roma 4. Ogni Comune potrà accedere alla piattaforma online e visionare le domande presentate esclusivamente dai propri cittadini. Quanto sopra comporta la presa in carico della domanda da parte del Comune di residenza del richiedente senza alcuna comunicazione formale di assegnazione da parte dell'Ufficio di Piano o del PUA. L'istruttoria della domanda viene eseguita dal Servizio Sociale di residenza che verifica la sussistenza dei requisiti previsti dalle presenti linee guida per l'ammissibilità della domanda: regolarità dell'attestazione ISEE, presenza della documentazione richiesta, idoneità della certificazione sanitaria (limitatamente alla verifica della compilazione della specifica modulistica da parte di una struttura pubblica e presenza delle condizioni di disabilità gravissima indicati all'art. 2 delle presenti linee guida) ecc...

Nel caso di esito negativo dell'istruttoria, il Servizio Sociale di residenza comunicherà, tramite invio di comunicazione formale mediante l'utilizzo della piattaforma all'uopo istituita, al richiedente l'inammissibilità della domanda; la stessa dovrà, inoltre, essere riaperta e riportata allo stato "*in corso*".

Qualora l'istanza risulti carente di documentazione, per la quale non è prevista l'inammissibilità in caso di mancata presentazione, il Servizio Sociale di residenza dovrà richiederne, tramite invio di comunicazione formale mediante piattaforma dedicata, l'integrazione dando un tempo utile di 10 giorni (con decorrenza dal ricevimento della relativa comunicazione) per la trasmissione telematica. Decorso tale termine, qualora la documentazione non sia ancora pervenuta, la domanda dovrà essere respinta e si dovrà, dunque, provvedere alla riapertura della stessa riportandola allo stato "*in corso*".

Nel caso di esito positivo dell'istruttoria, l'Assistente Sociale comunale, in qualità di case manager, dovrà aggiornare lo stato della pratica sulla piattaforma inserendola nella cartella "*evase*" e dovrà, altresì, provvedere alla compilazione della scheda di valutazione per l'attribuzione del punteggio utile alla determinazione del contributo. Quest'ultima dovrà poi essere inserita nell'apposita piattaforma online nell'area commissione relativa a ciascun modulo di riferimento (DIS_002 o DIS_003 per le domande pervenute ai sensi l'avviso pubblico approvato con Determinazione Dirigenziale n. 3834 del 27/11/20 e rettificato con successiva Determinazione Dirigenziale n. 3271 del 07/10/21 e DIS_007 e DIS_008 dall'entrata in vigore delle presenti linee guida). Il primo giorno di ciascun mese l'Ufficio di Piano provvederà ad acquisire tutte le valutazioni caricate nel mese precedente, e provvederà, anche eventualmente tramite il PUA, a convocare l'UVMI affinché si proceda, per quanti potranno essere ammessi al beneficio, all'elaborazione del PAI e al riconoscimento dell'idoneità del caregiver. In tale sede, per le nuove domande, potranno essere valutati anche i requisiti di accesso sanitari.

Sulla base del lavoro svolto dall'UVMI l'Ufficio di Piano provvederà poi, a determinare con apposito atto, in base ai criteri definiti dalle presenti linee guida e alle risorse disponibili, l'entità e

la tipologia del contributo, il periodo di erogazione per ciascun utente ammesso al beneficio, nonché ad approvare la graduatoria e l'eventuale lista di attesa.

Le richieste verranno evase nei limiti delle risorse disponibili in osservanza dei criteri previsti dalle presenti linee guida e nei limiti del massimale di spesa previsto dalla Regione Lazio.

Ogni trenta giorni l'Ufficio di Piano provvederà ad aggiornare la graduatoria degli aventi diritto al beneficio o l'eventuale lista di attesa sulle base delle ulteriori valutazioni delle nuove istanze pervenute ai Comuni di residenza e delle rivalutazioni necessarie ad accordare la continuità assistenziale.

La graduatoria degli aventi diritto al beneficio, nonché eventuali aggiornamenti della stessa o della lista di attesa sarà trasmessa ai Servizi Sociali dei Comuni del Distretto 1 Roma 4 che provvederanno a darne opportuna comunicazione tramite piattaforma agli interessati, fissando, per gli assegni di cura, un termine di 30 giorni dal ricevimento della stessa, per la presentazione del relativo contratto di assistenza, e per il servizio di assistenza domiciliare un termine di 30 giorni dal ricevimento della stessa per l'individuazione da parte del beneficiario dell'organismo scelto per lo svolgimento della prestazione tra quelli iscritti nel registro distrettuale dei soggetti gestori dei servizi alla persona. La mancata acquisizione online tramite piattaforma, di quanto sopra indicato entro i termini stabiliti, comporterà la decadenza dal beneficio. In tal caso la domanda dovrà essere riaperta e riportata allo stato "*in corso*".

Detti Servizi dovranno, altresì, comunicare agli ammessi al beneficio l'obbligo per gli stessi di ripresentare con le modalità e i tempi, indicati al precedente art. 23, richiesta di rivalutazione per usufruire della continuità assistenziale; dovranno inoltre, provvedere ad avviare le procedure consequenziali (verifica contratti di assistenza, verifica requisiti del personale e/o dell'organismo del terzo settore, atto di impegno, la compatibilità del beneficio con altri contributi, ecc) finalizzati all'erogazione del beneficio.

Art. 25 – Criteri di priorità per accesso alle prestazioni

Fatto salvo quanto specificato al successivo art. 35, per l'accesso alle prestazioni assistenziali domiciliari ricomprese nella disabilità gravissima (di cui agli art. 3 delle presenti linee guida) le priorità da considerare, compatibilmente con le disponibilità finanziarie, sono le seguenti:

- a) la continuità assistenziale per tutti gli utenti in carico sempreché permangono i requisiti di accesso alla prestazione (sono da considerarsi in continuità assistenziale, gli utenti assegnatari del beneficio in almeno una delle annualità precedenti);
- b) ordine cronologico di presentazione delle domande.

Art. 26 - Unità valutativa Multidimensionale Integrata

L'Unità Valutativa Multidimensionale Integrata (UVMI) è un'équipe operativa per la valutazione di bisogni socio-sanitari di tipo complesso (compresenza del bisogno sanitario e sociale), finalizzata all'individuazione, nell'ambito delle risorse disponibili, degli interventi che meglio rispondono alle effettive esigenze della persona.

La stessa è composta da referenti sanitari specifici per tipologia di disabilità e servizio di riferimento, un assistente sociale designato dall'ambito territoriale e dall'assistente sociale di riferimento per ciascun utente in base al comune di residenza dello stesso.

Gli strumenti da adottare per la valutazione multidimensionale sono indicati al punto 1.2.3. "Valutazione Multidimensionale" dell'atto di programmazione della Regione Lazio per l'attuazione del Piano Nazionale per la non autosufficienza, giusta D.G.R n. 170 del 7/04/2020.

L'UVMI, attraverso la valutazione multidimensionale e multiprofessionale, elabora il PAI, individuando la migliore soluzione possibile anche in relazione alle risorse disponibili e attivabili.

La valutazione multidimensionale del bisogno viene effettuata con strumenti scientificamente validati e, in particolare, quelli concernenti la non autosufficienza, che procedono all'esame di quattro assi collegati alla funzionalità psicofisica (autonomia funzionale, mobilità, area cognitiva,

disturbi comportamentali) e di un asse collegato alle caratteristiche sociali (supporti/reti formali e informali e autonomia finanziaria).

L'UVM integrata, cui è rimessa la valutazione multidimensionale del bisogno in sede di definizione del PAI, riconosce formalmente la figura del caregiver familiare e stabilisce le attività richieste allo stesso che deve concorrere all'attuazione delle cure domiciliari previste dal PAI.

Art. 27 - Definizione del Piano Assistenziale Individuale

L'accesso alle prestazioni assistenziali richiede necessariamente l'elaborazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) integrato; lo stesso è predisposto, d'intesa con il beneficiario, con il rappresentante legale (genitore esercente la responsabilità genitoriale, Amministratore di Sostegno o Tutore) e con i suoi familiari, dall' UVM I.

Tale piano personalizzato dovrebbe fondarsi sul budget di salute (come previsto all'art. 53 della L.R. 11/16) e dovrà contenere:

- finalità, obiettivi e tipo di prestazioni assistenziali;
- modalità e tempi di attuazione degli interventi con i relativi costi e risorse dedicate;
- persone, figure professionali e istituzioni coinvolte, compiti e coordinamento;
- eventuale compartecipazione dell'utente;
- modalità di erogazione del contributo;
- verifiche sull'appropriatezza e l'efficacia delle misure attuate;
- ricomposizione del quadro degli interventi in atto sulla medesima persona.

Il PAI rappresenta la modalità operativa attraverso il quale si realizza la valutazione multidimensionale e la continuità del processo assistenziale. Il PAI deve essere un programma di lavoro condiviso ed organico dell'equipe multiprofessionale e multidisciplinare che individua i bisogni della persona e li traduce in setting assistenziali (servizi/interventi); va redatto nella logica dell'integrazione e della complementarità rispetto a quanto destinato in termini di risorse, prestazioni e servizi sanitari territoriali.

Nel corso della durata dell'intervento assistenziale, può subire dei correttivi orientati a perfezionare il raggiungimento degli obiettivi fissati. Ogni informazione contenuta nel piano è regolarmente aggiornata e verificata, in modo tale da seguire l'evoluzione delle condizioni della persona nel tempo, in particolare per quanto riguarda i dati relativi al suo benessere psico-fisico.

Il Piano personalizzato di assistenza è sottoscritto, altresì, dal soggetto erogatore del servizio, che si impegna in tal modo alla sua piena e corretta attuazione.

Il soggetto gestore è tenuto, inoltre, con periodicità stabilita dal Servizio Sociale di riferimento e indicata nel PAI, a comunicare ai referenti dei servizi territoriali l'andamento del servizio in relazione al piano assistenziale individuale per le necessarie verifiche e per apportare le eventuali modifiche del caso.

La mancata sottoscrizione del Piano da parte del beneficiario, del rappresentante legale (genitore esercente la responsabilità genitoriale, Amministratore di Sostegno o Tutore) o del familiare richiedente la prestazione non darà seguito all'erogazione della provvidenza economica anche se la stessa è stata già determinata.

Solo in caso di mancata sottoscrizione del Piano per decesso (avvenuto dopo l'acquisizione della pratica al protocollo) del beneficiario che non ha un rappresentante legale, il contributo economico relativo alla prestazione riconosciuta potrà essere erogato secondo le modalità previste dalle presenti linee guida fino alla data del decesso, purché, nella domanda di accesso alla prestazione, sia stata indicata la modalità di pagamento del contributo spettante (estremi dell'IBAN del beneficiario). Resta inteso che per tale periodo, al fine di consentire la liquidazione dell'assegno di cura dovranno essere giustificate le spese sostenute per l'assistenza.

Qualora si accerti, in sede di sottoscrizione del PAI, che la persona affetta da disabilità gravissima che ha richiesto la prestazione, a causa delle condizioni di salute, non ha la capacità di poter apporre la propria firma o di comprendere il contenuto dell'atto che sottoscrive, lo stesso dovrà essere

necessariamente sottoscritto da un rappresentante legale o da un familiare per dare seguito all'erogazione della prestazione.

Per i beneficiari del contributo di cura il PAI, in linea con quanto previsto dalla DGR 341/2021 dovrà essere integrato con l'apposita "sezione caregiver".

Art. 28 – Atto di impegno

La persona destinataria dell'intervento, o in alternativa chi ne fa le veci ai sensi di legge o il familiare richiedente il beneficio sarà, inoltre, tenuta a sottoscrivere, unitamente al piano personalizzato di assistenza di cui sopra, un apposito atto di impegno all'uopo predisposto nel quale, nel caso in cui sia stata scelta come intervento assistenziale l'assegno di cura o si chieda di usufruire degli interventi di sollievo:

- si impegna ad utilizzare il sostegno economico concessogli quale aiuto economico ad esclusivo titolo di rimborso spese totale o parziale, comprensivo degli oneri diretti e indiretti derivanti dal contratto stipulato con l'assistente alla persona anche per il tramite di un Organismo del Terzo Settore;
- si impegna a regolarizzare il rapporto di lavoro con l'assistente alla persona scelto, nel rispetto della normativa vigente;
- si fa carico di ogni onere assicurativo, previdenziale e assistenziale scaturente dal suddetto contratto;
- si impegna a stipulare idonea polizza assicurativa RCT a favore dell'assistente personale per eventuali danni provocati a terzi;
- si impegna a concordare con il servizio sociale territoriale eventuali variazioni del piano personalizzato di assistenza;
- si impegna a presentare mensilmente, entro il 3 del mese successivo a quello in cui è stata effettuata la prestazione, la rendicontazione delle spese sostenute per l'acquisizione dell'intervento;
- si impegna al pagamento delle spese esclusivamente con mezzi tracciabili (assegni, bonifici, ecc.) producendo a richiesta del soggetto pubblico competente copia di idonea documentazione;
- si impegna a riconoscere al soggetto pubblico competente il pieno esercizio della vigilanza e del controllo sull'attuazione del piano personalizzato e sull'osservanza dell'atto di impegno;
- accetta che, al verificarsi di eventuali proprie inadempienze di cui ai punti sopra elencati, il soggetto pubblico titolare del servizio gli contesti per iscritto tali inadempienze, assegnando un termine per la loro regolarizzazione. Trascorso inutilmente tale termine si potrà procedere alla revoca del sostegno economico ed al recupero delle somme eventualmente erogate e non giustificate.

Nel caso in cui sia stato scelto come intervento assistenziale il contributo di cura o il servizio di assistenza domiciliare la persona destinataria dell'intervento, chi ne fa le veci ai sensi di legge o il familiare richiedente il beneficio nell'atto di impegno dovrà impegnarsi a:

- concordare con il servizio sociale territoriale eventuali variazioni del piano personalizzato di assistenza;
- riconoscere al soggetto pubblico competente il pieno esercizio della vigilanza e del controllo sull'attuazione del piano personalizzato e sull'osservanza dell'atto di impegno.

Per la fruizione del servizio di assistenza domiciliare dovrà altresì impegnarsi a sottoscrivere i fogli di presenza dell'operatore incaricato di effettuare le prestazioni domiciliari per accertarne il regolare svolgimento del servizio.

La verifica dell'attuazione dell'atto di impegno spetta al Servizio Sociale competente territorialmente.

La mancata sottoscrizione dell'atto di impegno da parte del beneficiario o del rappresentante legale (genitore esercente la responsabilità genitoriale, Amministratore di Sostegno o Tutore) o del

familiare richiedente il beneficio non darà seguito all'erogazione della provvidenza economica anche se la stessa è stata già determinata.

Solo in caso di mancata sottoscrizione dell'atto di impegno per decesso (avvenuto dopo l'acquisizione della pratica al protocollo) del beneficiario che non ha un rappresentante legale, il contributo economico relativo alla prestazione riconosciuta potrà essere erogato secondo le modalità previste dalle presenti linee guida fino alla data del decesso.

Qualora si accerti, in sede di sottoscrizione dell'atto di impegno che la persona affetta da disabilità gravissima che ha richiesto la prestazione, a causa delle condizioni di salute, non ha la capacità di poter apporre la propria firma o di comprendere il contenuto dell'atto che sottoscrive, lo stesso dovrà essere necessariamente sottoscritto da un rappresentante legale o da un familiare per dare seguito all'erogazione della prestazione.

Art. 29 – Modalità di erogazione dei contributi economici

L'Ufficio di Piano del Distretto Socio-Sanitario 1 RM 4 procederà mensilmente all'erogazione dei contributi economici (assegno di cura e contributo di cura) mediante bonifico bancario in favore della persona beneficiaria in condizione di disabilità gravissima.

Nel caso in cui sia stata richiesta l'erogazione dell'assegno di cura, il rimborso delle spese sostenute dal beneficiario per l'assistenza in nessun caso potrà superare l'importo del contributo economico riconosciuto e sarà erogato solo sulla base della rendicontazione delle stesse. I beneficiari saranno, infatti, tenuti a presentare al Servizio Sociale del Comune di residenza, entro il terzo giorno lavorativo del mese successivo a quello in cui è stata effettuata la prestazione assistenziale la documentazione attestante le spese sostenute (copia della busta paga rilasciata mensilmente al personale di assistenza o in sua assenza copia della ricevuta mensile del compenso pagato, debitamente firmata dalla dallo stesso o copia della fattura intestata al beneficiario della prestazione, rilasciata dall'organismo del III° settore ove dovrà essere indicato il mese in cui è stato effettuato lo svolgimento del servizio) e consegnare trimestralmente la copia del versamento dei contributi previdenziali.

Al fine di consentire una puntuale erogazione dell'assegno di cura, i Servizi Sociali referenti dovranno provvedere a trasmettere all'Ufficio di Piano entro il giorno 10 di ogni mese, i prospetti per la liquidazione delle somme spettanti ai beneficiari con riferimento al mese precedente. (esempio entro il 10 febbraio vanno trasmessi i prospetti per la liquidazione dell'assistenza effettuata nel precedente mese di gennaio).

Per il contributo di cura i prospetti per la liquidazione della provvidenza economica spettante ai beneficiari andranno trasmessi entro il 10 di ogni mese corrispondente.

Il contributo di cura è riconosciuto per l'intera mensilità anche nel caso in cui il beneficiario decada dal diritto alla prestazione, così come indicato al successivo art. 32, prima della conclusione del mese per il quale è stata già disposta la liquidazione del contributo.

La trasmissione dei modelli di liquidazione all'Ufficio di Piano attesterà la regolarità dei necessari controlli effettuati dai Servizi Sociali referenti.

L'erogazione dei contributi economici è subordinata alla concessione dei relativi fondi regionali, pertanto, l'ammissione delle richieste di contributo e/o servizi non vincola il Distretto Socio-sanitario 1 Roma 4 all'erogazione dello stesso. Le richieste verranno evase nei limiti delle risorse disponibili in osservanza dei criteri delle presenti linee guida.

Art. 30 - Monitoraggio e valutazione degli interventi socio-assistenziali

Il monitoraggio degli interventi socioassistenziali erogati verrà effettuato con cadenza quadrimestrale dall'assistente sociale referente.

La valutazione dei risultati dei singoli PAI sarà effettuata annualmente dall'UVM Integrata.

L'assistente sociale del comune di residenza verificherà l'avvenuta esecuzione degli adempimenti legati all'atto d'impegno sottoscritto e al PAI, in particolare gli interventi socioassistenziali attivati e la valutazione della loro compatibilità, con l'obiettivo di tutelare la persona assistita e di

supportare la sua famiglia; inoltre, certificherà la rendicontazione delle spese sostenute riconducibili alla gestione del rapporto di lavoro instaurato per l'acquisizione delle prestazioni di assistenza, componente sociale.

Art. 31 – Proroga degli interventi socio-assistenziali a scadenza dell'annualità accordata

In presenza dei necessari fondi regionali, al fine di garantire il principio della continuità assistenziale al termine del periodo di erogazione di 1 anno, i benefici di cui all'art. 3 delle presenti linee guida, già riconosciuti, potranno essere ulteriormente assicurati per un periodo di uguale durata (1 anno) nei limiti del massimale di spesa previsto dalla Regione Lazio. Quanto sopra solo se sia stata inoltrata apposita richiesta di rivalutazione, come meglio specificato al precedente art. 23, se sussistono ancora le condizioni che ne hanno determinato l'accesso e se, in sede di UVM Integrata, sia stato attestato il regolare svolgimento del PAI e sia stata effettuata la rivalutazione della condizione sociale secondo i criteri di cui all'art. 7 delle presenti linee guida.

Quanto sopra potrebbe comportare una rideterminazione degli importi concessi ai singoli utenti.

Le rivalutazioni annuali dovranno essere acquisite dall'Ufficio di Piano che provvederà ad aggiornare la graduatoria e/o lista di attesa degli aventi diritto ai benefici nonché gli importi da erogare.

L'istruttoria della pratica resta in carico al Servizio Sociale dei Comuni che dovrà seguire l'iter procedurale indicato agli articoli 24 e 29 delle presenti linee guida.

Art. 32 - Sospensione e cessazione degli interventi socio-assistenziali

Su richiesta motivata del beneficiario, gli interventi assistenziali disciplinati dalle presenti linee guida possono essere sospesi per un breve periodo concordato con il Servizio Sociale di residenza purché le motivazioni per le quali si richiede la sospensione non comportino comunque una revoca delle stesse. Il periodo di interruzione potrà essere successivamente fruito per permettere l'erogazione del beneficio per l'intero anno accordato.

La cessazione degli interventi assistenziali si può verificare nei seguenti casi:

- per decesso della persona in condizione di disabilità gravissima;
- per richiesta di un suo familiare o di chi ne ha la rappresentanza legale;
- quando vengono meno i requisiti di accesso agli interventi socioassistenziali;
- quando, su richiesta scritta del Servizio Sociale non si provveda entro 30 giorni a regolarizzare la rendicontazione;
- quando, su richiesta scritta del Servizio Sociale non si provveda entro 30 giorni, dopo l'ammissione al beneficio, a trasmettere il contratto di assunzione del personale addetto all'assistenza;
- quando a seguito della verifica quadrimestrale nell'ambito del monitoraggio, di cui all'art. 30 delle presenti linee guida, si rilevi il mancato rispetto degli accordi indicati nel PAI;
- per ricoveri di sollievo il cui costo sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- per prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea presso strutture sanitarie, sociosanitarie o socio-assistenziali;
- per il trasferimento della residenza della persona beneficiaria in un comune non facente parte del Distretto Sociosanitario 1 Roma 4, fatto salvo quanto previsto all'art. 21 delle presenti linee guida.

Art. 33 - Cartella sociale informatica (ICARO)

Le domande di accesso agli interventi socioassistenziali le informazioni sulla presa in carico, il PAI e gli interventi erogati in favore di persone in condizione di disabilità gravissima dovranno essere inseriti unitamente alle modalità di erogazione, dagli assistenti sociali dei servizi sociali dei comuni, ciascuno per la propria competenza territoriale, nella cartella sociale informatica (ICARO).

Art. 34 – Trattamento dati personali

Tutti i dati acquisiti in virtù delle presenti linee guida saranno trattati secondo il Regolamento EU 2016/679.

Art. 35 - Entrata in vigore

Le presenti linee guida entrano in vigore dalla data della determina di loro approvazione.

Art. 36 - Norma transitoria

Per assicurare agli utenti già beneficiari delle prestazioni di cui all'art. 3 delle presenti linee guida, un consono intervallo di tempo per riorganizzare, in caso di riduzione del contributo secondo i nuovi parametri stabiliti al precedente art. 7, l'assetto assistenziale consolidato in ambito familiare e d'altro canto, tutelare il diritto di accesso ai servizi dei nuovi utenti, si prevede quanto segue. Per le domande inoltrate prima dell'entrata in vigore delle presenti linee guida e quindi in virtù dei criteri disciplinati dal relativo avviso pubblico, approvato con Determinazione Dirigenziale n. 3834 del 27/11/20 e rettificato con successiva Determinazione Dirigenziale n. 3271 del 07/10/21, le graduatorie distrettuali, sia per gli utenti in continuità che per i nuovi aventi diritto, saranno formate secondo le linee guida e le priorità indicate nello stesso e in linea con la DGR 395/2020.

L'Ufficio di Piano a seguito di nuova rivalutazione delle domande da effettuarsi in sede di UVMI sulla base dei criteri disciplinati dalle presenti linee guida, provvederà:

- per gli utenti in continuità, alla eventuale rimodulazione del contributo in applicazione dei nuovi criteri previsti nelle presenti linee guida alla scadenza dei PAI e, comunque non oltre il termine del 30 giugno 2022;
- per i nuovi utenti aventi diritto in base alle graduatorie già predisposte, alla quantificazione del contributo secondo i nuovi parametri stabiliti con le presenti linee guida dal momento della prima elaborazione del PAI.

Per la rivalutazione, secondo i nuovi criteri di cui alle presenti linee guida, funzionale alla rimodulazione del contributo delle domande per la continuità assistenziale già acquisite, si prenderà in esame l'attestazione ISEE già presente agli atti d'ufficio solamente se il periodo di erogazione di un anno accordato nel PAI non è giunto a conclusione. In caso contrario occorrerà ripresentare domanda di rivalutazione come specificato al precedente art. 20 e produrre una nuova attestazione ISEE in corso di validità.

Per le nuove domande in lista di attesa, poiché non sono state ancora ammesse al beneficio sarà necessario ripresentare ai fini della rimodulazione del contributo l'attestazione ISEE in corso di validità.

Coloro che, in base a quanto previsto dall'avviso pubblico approvato con Determinazione Dirigenziale n. 3834 del 27/11/20 e rettificato con successiva Determinazione Dirigenziale n. 3271 del 07/10/21 si sono avvalsi della possibilità di non produrre l'attestazione ISEE saranno tenuti per poter continuare ad usufruire delle prestazioni accordate a produrre la stessa. In caso contrario si provvederà a revocare la prestazione a scadenza del PAI accordato e comunque entro la data del 30 giugno 2022.

Ai fini dell'accesso al contributo assistenziale dei nuovi utenti si procederà nel seguente ordine:

- in via prioritaria, gli utenti in lista di attesa;
- le nuove domande assistenziali, secondo l'ordine cronologico.

ALLEGATO I

MODULI PER LA CERTIFICAZIONE DELLA DISABILITA' GRAVISSIMA

ALLEGATO A

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI
COMA/STATO VEGETATIVO/MINIMA COSCIENZA**

Con la presente si certifica che il/la paziente _____

nato/a a _____ il _____ e residente a _____

in via _____ n. _____ da me visitato in data _____

ha ottenuto un punteggio nella scala Glasgow Come Scale (GCS) pari a _____

Si allega alla presente copia della Glasgow Come Scale (GCS).

Si rilascia su richiesta dell'interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

_____, il _____

(Timbro e firma del medico certificatore)

Glasgow Coma Scale (GCS)

La Glasgow Coma Scale prevede la valutazione combinata delle risposte oculari, verbali e motorie. Ad ognuna di queste corrisponde un punteggio, la cui somma rappresenta lo score, vale a dire il livello di coscienza del paziente. Lo score risulta dalla somma delle migliori risposte oculari, verbali e motorie ottenute.

Va precisato che le risposte motorie devono essere ricercate nell'arto superiore.

Lo stimolo algogeno appropriato e standardizzato è costituito dalla compressione del letto ungueale, oppure da un forte pizzicamento del cucullare o infine da una pressione sullo sterno con le nocche delle dita.

Area	Risposta	Punti
Apertura Occhi	Spontanea	4
	Alla voce	3
	Al dolore	2
	Nessuna	1

Area	Risposta	Punti
Risposta Verbale	Orientata	5
	Confusa	4
	Parole inappropriate	3
	Suoni incomprensibili	2
	Nessuna	1

Area	Risposta	Punti
Risposta Motoria	Ubbidisce al comando	6
	Localizza il dolore	5
	Retrae al dolore	4
	Flette al dolore	3
	Estende al dolore	2
	Nessuna	1

ALLEGATO B

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI
DIPENDENZA DA VENTILAZIONE MECCANICA**

Con la presente si certifica che il/la paziente _____
nato/a a _____ il _____ e residente a _____
in via _____ n. _____ da me visitato in data _____
è dipendente da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa 24 ore al giorno 7
giorni su 7.

Si rilascia su richiesta dell'interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

_____, il _____

(Timbro e firma del medico certificatore)

ALLEGATO C

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI
STATO DI DEMENZA**

Con la presente si certifica che il/la
paziente _____ nato/a a
_____ il _____ e residente a
_____ in via _____
n. _____ da me visitato in data _____ ha ottenuto un risultato nella scala
CDRS pari a _____

Si allega copia della Clinical Dementia Rating Scale (CDRS).

Si rilascia su richiesta dell'interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

_____, il _____

(Timbro e firma del medico certificatore)

ALLEGATO D

CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI LESIONI SPINALI FRA C0 E C5

Con la presente si certifica che il/la paziente _____
nato/a a _____ il _____ e residente a _____
in via _____ n. _____ da me visitato in data _____
ha ottenuto un risultato nella scala ASIA Scale (AIS) pari a _____

ASIA Scale (AIS)

A = Completa	Deficit sensitivo e motorio completo a livello S4-S5
B = Incompleta	Deficit motorio completo con conservazione della sensibilità al di sotto del livello neurologico che include S4-S5
C = Incompleta	La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico è più della metà dei muscoli chiave ha una validità inferiore a 3
D = Incompleta	La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e almeno la metà dei muscoli chiave ha una validità uguale o superiore a 3
E = Normale	Nessun deficit neurologico (non ipovalidità muscolare, sensibilità integra, non disturbi sfinterici ma possibile alterazione dei riflessi)

Le lesioni spinali da valutare ai fini della presentazione della domanda di finanziamento sono tra la C0 e la C5.

In caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate.

Si rilascia su richiesta dell'interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

_____, il _____

(Timbro e firma del medico certificatore)

ALLEGATO E

CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI GRAVISSIMA COMPROMISSIONE MOTORIA DA PATOLOGIA NEUROLOGICA O MUSCOLARE

Con la presente si certifica che il/la paziente _____

nato/a a _____ il _____ e residente a _____

in via _____ n. _____ da me visitato in data _____

ha ottenuto un risultato nella scala MRC pari a:

MEDICAL RESEARCH COUNVIL (MRC).

Braccio destro: ___/5

Braccio sinistro: ___/5

Gamba destra: ___/5

Gamba sinistra: ___/5

5/5	Movimento possibile contro resistenza massima
4/5	Movimento possibile solo contro resistenza minima
3/5	Movimento possibile solo contro gravità
2/5	Movimento possibile solo in assenza di gravità
1/5	Accenno al movimento
0/5	Assenza di movimento

Si rilascia su richiesta dell'interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

_____, il _____

(Timbro e firma del medico certificatore)

ALLEGATO F

CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI DEPRIVAZIONE SENSORIALE COMPLESSA

Con la presente si certifica che il/la paziente _____

nato/a a _____ il _____ e residente a _____

in via _____ n. _____ da me visitato in data _____

ha una copresenza di minorazione visiva e ipoacusia.

Residuo visivo occhio destro: ____/20

Residuo visivo occhio sinistro: ____/20

Residuo perimetrico binoculare: ____%

Orecchio destro: ____ decibel htl media fra le frequenze 500,1000,2000 hertz

Orecchio sinistro: ____ decibel htl media fra le frequenze 500,1000,2000 hertz

Si rilascia su richiesta dell'interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

_____, il _____

(Timbro e firma del medico certificatore)

ALLEGATO G

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI
SPETTRO AUTISTICO**

Con la presente si certifica che il/la paziente _____
nato/a a _____ il _____ e residente a _____
in via _____ n. _____ da me visitato in data _____
è affetto da una disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello _____ del
DSM-5.

Si rilascia su richiesta dell'interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

_____, il _____

(Timbro e firma del medico certificatore)

ALLEGATO H

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI
RITARDO MENTALE GRAVE/PROFONDO**

Con la presente si certifica che il/la paziente _____

nato/a a _____ il _____ e residente a _____

in via _____ n. _____ da me visitato in data _____

è affetto da un ritardo mentale grave o profondo secondo la classificazione del DSM-5 con un QI

pari a _____ e un punteggio nella scala LAPMEL pari a _____

Si allega la il test LAPMEL.

Si rilascia su richiesta dell'interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

_____, il _____

(Timbro e firma del medico certificatore)

LEVEL OF ACTIVITY IN PROFOUND/SEVERE MENTAL RETARDATION

Area	Risposta	Punti
Alimentazione	Viene alimentato, cibo di consistenza modificata	0
	Viene alimentato, cibo di consistenza ordinaria	1
	Porta il cibo alla bocca (con o senza supervisione o assistenza)	2

Area	Risposta	Punti
Controllo Sfinteri	Non riesce a segnalare necessità di evacuazione né eventuali perdite (vescicali o intestinali)	0
	Riesce a segnalare necessità di evacuazione o eventuali perdite (vescicali o intestinali)	1

Area	Risposta	Punti
Comunicazione	Riesce a segnalare alcuni bisogni, attraverso un comportamento aspecifico o stereotipato	0
	Riesce a segnalare alcuni bisogni identificabili da comportamenti specifici	1
	Comunica verbalmente i suoi bisogni	2

Area	Risposta	Punti
Manipolazione	Assente, oppure reazione di afferramento	0
	Afferramento palmare spontaneo	1
	Utilizza la pinza pollice-indice	2

Area	Risposta	Punti
Vestizione	Passiva	0
	Si sforza di dare una qualche collaborazione	1

Area	Risposta	Punti
Locomozione	Stazionario sulla sedia/poltrona/letto	0
	Si trasferisce nell'ambiente	1

Area	Risposta	Punti
Orientamento nello spazio	Non orientato	0
	Orientato solo in ambienti conosciuti	1
	Orientato negli spazi a lui non conosciuti	2

Area	Risposta	Punti
Prassi	Nessuna prassia, oppure movimenti afinalistici e stereotipati	0
	Realizza prodotti plastici o grafici (incastra, connette, plasma e colora) oppure pilota una carrozzina manualmente	1
	Disegna o pilota una carrozzina elettrica	2

ALLEGATO I

CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI DIPENDENZA VITALE NECESSITA' DI ASSISTENZA CONTINUTIVA E MONITORAGGIO NELLE 24 ORE, SETTE GIORNI SU SETTE PER BISOGNI COMPLESSI DERIVANTI DALLE GRAVI CONDIZIONI PSICOFISICHE

Con la presente si certifica che il/la paziente _____

nato/a a _____ il _____ e residente a _____

in via _____ n. _____ da me visitato in data _____

presenta una compromissione della funzionalità nei seguenti domini:

1. Motricità:

Dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana (ADL): l'attività è svolta completamente da un'altra persona

2. Stato di coscienza:

- Compromissione severa: raramente/mai prende decisioni
- Persona non cosciente

3. Respirazione:

- Necessità di aspirazione quotidiana;
- Presenza di tracheostomia

4. Nutrizione:

- Necessità di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi
- Combinata orale e enterale/parenterale
- Solo tramite sondino naso-gastrico (SNG)
- Solo tramite gastrostomia (es. PEG)
- Solo parenterale (attraverso catetere venoso centrale CVC)

Si rilascia su richiesta dell'interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

_____, il _____

(Timbro e firma del medico certificatore)

Si intendono in condizione di dipendenza vitale le persone che hanno compromissioni in almeno uno dei domini di cui ai punti 1 e 2 e di almeno uno dei domini di cui ai punti 3 e 4.

ALLEGATO II
SCHEMA DI VALUTAZIONE

**SCHEDA DI VALUTAZIONE
INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVISSIMA**

NOMINATIVO BENEFICIARIO:

COMUNE DI RESIDENZA

DOMANDA PROT. N. DEL

RICEVUTA N. DIS DEL

TIPOLOGIA DISABILITA' : specificare allegato

PRESTAZIONE RICHIESTA :

- CONTRIBUTO DI CURA DISABILITA' GRAVISSIMA (ASSISTENZA DEL CAREGIVER)
- ASSEGNO DI CURA DISABILITA' GRAVISSIMA
- ASSISTENZA DOMICILIARE DISABILITA' GRAVISSIMA

Specificare la fascia di età del richiedente barrando la relativa casella:

minori di 18 anni	da 18 a 24 anni	da 25 a 34 anni	da 35 a 44 anni	da 45 a 54 anni	da 55 a 64 anni	da 65 a 74 anni	da 75 anni e oltre
----------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	-----------------------

VALUTAZIONE SOCIALE :

CRITERI		
A.	SERVIZI SOCIOASSISTENZIALI COMPRESI RISPETTO AL BENEFICIO RICONOSCIUTO ALL'UTENTE PER LA CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA	Punteggio attribuibile fino a punti 4
	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 di importo minore o uguale ad 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 di importo compreso tra Euro 300,01 ed Euro 450,00; - 1 g. di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale.	3

	<p>Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assistenza domiciliare tra 19 e 24 ore settimanali; - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza di importo compreso tra Euro 450,01 ed Euro 600,00; - 2 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale; 	2,5
	<p>Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assistenza domiciliare tra 25 e 30 ore settimanali; - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza di importo compreso tra Euro 600,01 ed Euro 750,00; - 3 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale. 	2
	<p>Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assistenza domiciliare maggiore di 30 ore settimanali; - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza di importo compreso tra Euro 750,01 ed 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
	<p>Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi:</p> <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
	PUNTEGGIO ATTRIBUITO (A)	
	<p>N.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Specificare eventualmente la situazione riscontrata:</p> <p>.....</p>	
B.	CONDIZIONE ECONOMICA	
B.1.	PERSONE ADULTE	Punteggio attribuibile
	I.S.E.E.	Fino a 6 punti
	Inferiore ad €. 13.000,00	6
	Da €.13.000,00 a €. 24.999,99	5
	Da €. 25.000,00 a €. 34.999,99	4
	Da €. 35.000,00 a €. 44.999,99	3
	Da €. 45.000,00 a €. 54.999,99	2
	Da €. 55.000,00 a €. 65.000,00	1
	Superiore ad Euro 65.000,00	0

	PUNTEGGIO ATTRIBUITO (B.1.)	
B.2. MINORI		Punteggio attribuibile
	I.S.E.E.	fino a punti 8
	Inferiore ad €. 13.000,00	8
	Da €.13.000,00 a €. 24.999,99	7
	Da €. 25.000,00 a €. 34.999,99	6
	Da €. 35.000,00 a €. 44.999,99	4
	Da €. 45.000,00 a €. 54.999,99	3
	Da €. 55.000,00 a €. 65.000,00	2
	Superiore ad Euro 65.000,00	0
	PUNTEGGIO ATTRIBUITO (B.2.)	
	PUNTEGGIO COMPLESSIVO ATTRIBUITO (A+B) (MAX 12 PUNTI)	

ANNOTAZIONI:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Si dichiara di aver verificato la sussistenza dei requisiti previsti dalle relative linee guida per l'ammissibilità della domanda (attestazione ISEE corretta, presenza di tutta la documentazione indicata nelle relative linee guida, ecc);

Data,

L'Assistente Sociale

.....