



Comune di Montefiascone

Provincia di Viterbo

ENTE CAPOFILO DEL DISTRETTO VT/1

Comuni di Montefiascone (Ente Capofila), Acquapendente, Bagnoregio, Bolsena, Capodimonte, Castiglione in Teverina, Civitella d'Agliano, Farnese, Gradoli, Graffignano, Grotte di Castro, Ischia di Castro, Latera, Lubriano, Marta, Onano, Proceno, San Lorenzo Nuovo, Valentano e ASL Distretto A.

AVVISO PUBBLICO

INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISABILITA' GRAVISSIMA (Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016 - D.G.R. n. 104 del 7 marzo 2017)

SI RENDE NOTO

che entro il 28.09.2019 si possono presentare le domande per l'attivazione degli interventi e servizi destinati a forme di assistenza in favore di persone in condizione di disabilità gravissima e di dipendenza vitale (Allegati 1 e 2 al Decreto Interministeriale 26 Settembre 2016) che necessitano di assistenza complessa e continua a domicilio nelle 24 ore, attraverso il riconoscimento di un contributo economico (Assegno di cura, Contributo di cura).

L'erogazione del beneficio è subordinata alla disponibilità del nucleo familiare ad assicurare la permanenza della persona in condizione di gravissima disabilità al proprio domicilio ed è incompatibile con il ricovero permanente residenziale in struttura sanitaria , socio sanitaria o sociale

1. BENEFICIARI

Possono presentare istanza di accesso agli interventi previsti, i cittadini residenti in uno dei 19 Comuni del Distretto Socio-Sanitario VT/1:

- persone beneficiarie di 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 la condizione di disabilità gravissima ai sensi del Decreto Interministeriale 26 Settembre 2016
- non stabilmente ricoverate in struttura residenziale.

2. INTERVENTI

Nei limiti di budget assegnati dalla Regione Lazio al Distretto VT/1, Il Comune di Montefiascone, in qualità di Capofila del Distretto Socio Sanitario, ai sensi delle disposizioni regionali vigenti ed in base alla scelta effettuata in sede di sottoscrizione del piano assistenziale proposto dall'equipe multidisciplinare, eroga ai beneficiari uno dei seguenti contributi economici:

1. **“Assegno di cura”**: è un sostegno di natura economica (minimo € 800,00 fino ad un massimo di euro 1.200,00 per 12 mesi) finalizzato a compensare, in modo totale o parziale, le spese da sostenere per l'acquisizione delle prestazioni assistenziali domiciliari mediante la sottoscrizione di regolare contratto di lavoro. Il rimborso della spesa mensile per l'assunzione diretta di un operatore qualificato a prestare servizi di assistenza alla persona o

per l'acquisto delle medesime prestazioni da soggetti accreditati dal sistema integrato con il quale sottoscrivere un apposito contratto assistenziale, verrà liquidato trimestralmente.

L'assegno di cura non è cumulabile con altri interventi di assistenza, componente sociale, a domicilio già attivi in favore del cittadino e coperti da risorse regionali, se non in termini di possibile implementazione delle ore di copertura assistenziali necessarie a seguito di rivisitazione del PAI a tutela della persona.

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

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

2. **“Contributo di cura”**: è un contributo economico per il riconoscimento ed il supporto alla figura del *care giver familiare*, quale componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato. Si intende per *care giver familiare la persona che volontariamente, in modo gratuito e responsabile, si prende cura di una persona non autosufficiente, o comunque, in condizione di necessario ausilio di lunga durata non in grado di prendersi cura di se.*

Il contributo minimo di €700,00 mensili per dodici mesi verrà liquidato mensilmente e prevede la possibilità di attuare il piano assistenziale ricorrendo alla figura del care giver familiare **purché convivente**; è previsto inoltre un budget annuo di € 1.200,00 che può essere utilizzato per la copertura dei costi relativi all'impiego di personale qualificato per la sostituzione del care giver familiare in caso di interventi di sollievo programmati o interventi di sollievo di emergenza. **Non è cumulabile con l' "Assegno di cura" e con altri interventi di assistenza, componente sociale, a domicilio già attivi in favore del cittadino e coperti da risorse regionali.**

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

L'operatore deve essere assunto con regolare contratto di lavoro e, ai sensi della DGR 223 del 3 Maggio 2016 e ss.mm.ii, essere iscritto al Registro Distrettuale degli operatori qualificati a prestare servizi alla persona reperibile sul sito istituzionale del Comune di Montefiascone Capofila del Distretto VT/1.

Il beneficiario deve provvedere a stipulare idonea polizza assicurativa RCT in favore dell'operatore per eventuali danni causati a terzi e a sottoscrivere l'atto di impegno come predisposto dal Comune Capofila.

Il rimborso avviene entro sessanta giorni dalla data di presentazione della rendicontazione relativa alla spesa assistenziale sostenuta e alla regolarità del rapporto di lavoro instaurato con l'operatore ; restano a carico dei beneficiari gli oneri assicurativi, previdenziali e assistenziali scaturenti dal contratto di lavoro come previsto dalla DGR 104/2017.

Nel caso di prestazioni assistenziali acquistate da una compagine sociale accreditata il rimborso avviene dietro presentazione di fattura mensile intestata al beneficiario e relativo bonifico mensile attestante il pagamento; il Registro dei soggetti accreditati per la gestione dei servizi alla persona è reperibile sul sito istituzionale del Comune di Montefiascone Capofila e sui siti dei comuni del Distretto VT1. In ogni caso l'erogazione è subordinata alla verifica della permanenza presso il domicilio dell'utente nel periodo per il quale viene richiesto il rimborso delle spese di assistenza.

L' "assegno di cura" ed il "contributo di cura" verranno erogati mediante bonifico bancario in favore della persona assistita **nei limiti di budget assegnati dalla Regione Lazio al Distretto VT/1.**

Le richieste verranno evase nei limiti delle risorse disponibili in osservanza dei criteri di seguito indicati.

3. CRITERI DI PRIORITA' "ASSEGNO DI CURA"

Per l'accesso all'assegno di cura, si indicano quali criteri di priorità:

- la continuità per i soggetti già presi in carico sempreché la condizione di disabilità gravissima risponda ai nuovi criteri di compromissione funzionale di cui all'art. 3 del decreto;
- l'ampliamento alla nuova utenza individuata come beneficiaria dal decreto, per la quale sussiste un preciso obbligo di inserimento nelle programmazioni regionali degli interventi ai sensi dell'art.3 comma 4 del decreto;
- la valutazione dell'ISEE 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;
- l'implementazione delle ore di assistenza necessarie a seguito di rivisitazione del PAI integrato.

4. DECORRENZA

Il contributo di cura decorre dalla data di sottoscrizione del piano assistenziale.

L'assegno di cura, previa sottoscrizione del piano assistenziale, decorre dalla data di regolarizzazione del rapporto di lavoro con l'assistente familiare prescelto iscritto nel Registro Distrettuale degli operatori abilitati a prestare servizi di assistenza alla persona, se successivo alla sottoscrizione del piano assistenziale.

In caso di acquisto delle prestazioni assistenziali da una compagine sociale accreditata, l'assegno di cura decorre dalla data di sottoscrizione del contratto assistenziale .

5. CRITERI DI VALUTAZIONE

La valutazione delle *condizioni cliniche* del richiedente, ai fini della determinazione della gravità della patologia comportante disabilità gravissima, verrà effettuata secondo criteri clinici di carattere generale da parte del competente personale medico della ASL Distretto A –Distretto Sanitario VT/1.

A parità di condizioni cliniche, si procederà tenendo conto dell'esito della *valutazione sociale/socio familiare – ambientale*, sulla base dei seguenti criteri:

AREE VALUTATE		MAX PUNTEGGIO
1.	CONTESTO FAMILIARE	30
2.	SITUAZIONE FAMILIARE e RELAZIONALE	25
3.	CONDIZIONE AMBIENTALE	10
4.	SITUAZIONE ECONOMICA (Isee* + spese)	20+5=25
5.	SITUAZIONE POST RICOVERO	10

TOTALE	100
---------------	------------

*Per l'accesso agevolato ai servizi e alle prestazioni socio-sanitarie, deve essere utilizzato:

(1) per le persone in età evolutiva è l'ISEE minorenni, calcolato secondo quanto previsto nell'art. 7 del DPCM 159/2013 e s.m.i. (Prestazioni agevolate rivolte ai minorenni). L'ISEE minorenni è l'indicatore per le prestazioni sociali agevolate rivolte a beneficiari minorenni, ovvero motivate dalla presenza di componenti minorenni nel nucleo familiare.

(2) Se i genitori del figlio minore sono coniugati tra loro l'ISEE minorenni coincide con l'ISEE ordinario; per le persone in età adulta è l'ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria, calcolato secondo quanto previsto nell'art. 6 del DPCM 159/2013 e s.m.i. "

6.MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

La domanda di accesso all' "Assegno di cura" ed al "Contributo di cura", corredata dagli allegati richiesti, deve essere indirizzata ai Servizi Sociali dei Comuni afferenti al Distretto e dovrà pervenire **entro il giorno 28.09.2019** In caso di invio a mezzo del servizio postale, farà fede il timbro di spedizione.

L'istanza deve essere formulata, dal diretto interessato o da chi ne cura gli interessi, utilizzando il "Modello di istanza per la richiesta dell'assegno di cura/contributo di cura a favore di persone affette da disabilità gravissima" reperibile presso i Servizi Sociali dei Comuni del Distretto Socio-Sanitario VT/1 o sul sito www.comunedimontefiascone.vt.it. Le richieste pervenute ai Comuni dovranno essere trasmesse all'Ufficio di Piano nei 7 giorni successivi alla data di scadenza del presente avviso. **Ogni sei mesi l'Ufficio di Piano in sede di revisione dei piani assistenziali provvederà, a seguito di istruttoria e nei limiti delle risorse assegnate al Distretto, all'ammissione delle nuove domande pervenute.**

Il Responsabile del procedimento è la Dott.ssa Paola De Santis.

Si raccomanda di prendere visione, sottoscrivere ed allegare alla domanda l'atto di impegno, come previsto dalla D.G.R. n. 223/2016 e ss.mm.ii..

Per ogni ulteriore informazione i cittadini possono rivolgersi:

Al Servizio Sociale Professionale del proprio Comune di residenza ed allo Sportello Famiglia del Distretto VT/1 presso il Comune Capofila.

Riferimenti normativi: Decreto Interministeriale 26 Settembre 2016 DGR 104/2017 DGR 223 /2016 e ss.mm.ii,

Ai sensi del DPR n. 445/00 le dichiarazioni mendaci, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dalla legge sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia.

I cittadini interessati decadranno, inoltre, dai benefici eventualmente ottenuti (art. 75 D.P.R. 445/2000). Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, il trattamento dei dati personali forniti e raccolti sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della riservatezza, I dati personali forniti sono prescritti dalle disposizioni vigenti e saranno trattati esclusivamente per le finalità di cui al presente procedimento.

Il trattamento dei dati potrà essere effettuato con o senza l'ausilio di mezzi elettronici. L'interessato potrà esercitare, in ogni momento, i propri diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003.

**L'ASSESSORE AI SERVIZI SOCIALI
ORietta Celeste**

**IL FUNZIONARIO RESPONSABILE
Paola De Santis**

**IL SINDACO
Massimo Paolini**

**ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE E AIUTO PERSONALE PER LE
PERSONE CON DISABILITA' GRAVISSIMA**

MODULO DI DOMANDA

(riferimenti normativi: D.G.R. Lazio n. 239/2013 - D.G.R. Lazio n. 662/2016 Determinazione del 15 dicembre 2016, n. G15088 e Determinazione del 22 dicembre 2016, n. G15629)

AI COMUNE DI

DA COMPILARE SE LA DOMANDA E' PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

residente nel Comune di _____ Prov. _____ CAP _____

domiciliato nel Comune di _____ Prov. _____ CAP _____

in P.zza/Via _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____ Mail _____

Codice Fiscale _____

Medico di Medicina Generale _____ Tel. _____

Chiede di accedere

- all'assegno di cura nella forma indiretta, attraverso contributo economico da corrispondere a personale debitamente formato (personale qualificato)*
- all'assegno di cura nella forma diretta, attraverso gli Organismi accreditati nel proprio territorio;*
- al contributo di cura attraverso la figura del caregiver;*

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

Codice Fiscale _____

in qualità di (barrare la casella):

familiare tutore amministratore di sostegno altro (specificare) _____

del Sig./Sig.ra _____

nato/a il _____ a _____

residente nel Comune di _____ Prov. _____ CAP _____

domiciliato nel Comune di _____ Prov. _____ CAP _____

_____ in P.zza/Via _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____ Mail _____

Codice Fiscale _____

Medico di Medicina Generale _____ Tel. _____

(Il familiare dovrà presentarsi con delega dell'interessato corredata del documento di identità dello stesso)

Chiede di accedere

- all'assegno di cura nella forma indiretta, attraverso contributo economico da corrispondere al personale debitamente formato (personale qualificato);
- all'assegno di cura nella forma diretta, attraverso gli Organismi accreditati nel proprio territorio;
- al contributo di cura attraverso la figura del caregiver

A tal fine:

- Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'Art. 76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'Art. 75 del suddetto D.Lgs.
- Informato, ai sensi dell'Art 13 D.Lgs 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati al fine di consentire l'attività di valutazione e per l'implementazione del registro di patologia; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'Art. 84 del citato D.Lgs 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio _____.

Allega alla presente domanda:

- certificazione del medico specialista di struttura pubblica;
- autocertificazione che la persona affetta da disabilità gravissima non sia ricoverata, a tempo indeterminato.
presso una struttura residenziale o semi-residenziale;
- ISEE ordinario;
- l'ISEE per prestazioni agevolate di natura sociosanitaria;

Chiede che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

P.zza/Via _____ Comune _____ Prov. _____ CAP _____

Tel. _____ Cell. _____ Mail _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli artt. 81 e 82 del D.Lgs n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili per le finalità di cui alla DGR n. 104/2017, "L.R. n. 11/2016. Linee guida operative regionali agli ambiti territoriali per le prestazioni assistenziali, componente sociale, in favore delle persone in condizioni di disabilità gravissima".

Data ____ / ____ / ____

Firma
