



Comune di Frosinone



**Il Comune di Frosinone
in qualità di Capofila del Distretto Sociale B di Frosinone
per l'attuazione degli "Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima"**

- VISTA la Legge n. 328 del 28 novembre 2000;
- VISTA la Legge Regionale n. 11 del 10 agosto 2016;
- VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n.662/2016;
- VISTO il Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016;
- VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 88/2017;
- VISTA la Deliberazione di Consiglio Regionale n. 1/2019;
- VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 341/2021;
- VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 897/2021;

RENDE NOTA

La **riapertura dei termini** per le richieste di accesso agli interventi di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 897 del 08/12/2021 "Aggiornamento linee guida regionali per la programmazione territoriale delle prestazioni assistenziali domiciliari in favore degli utenti in condizione di disabilità gravissima", **a decorrere dal 15 gennaio 2024**.

Gli interventi sono classificati dal Nomenclatore strutture, servizi e interventi sociali della Regione Lazio nell'ambito della Macroattività C Interventi per favorire la domiciliarità – Codifica C1_G1 Assistenza domiciliare socio assistenziale – Assistenza domiciliare e Codifica C2_G5 Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari – Assegni di cura.

DESTINATARI

Possono presentare istanza di accesso agli interventi previsti i cittadini residenti nei 23 Comuni del Distretto Sociale B di Frosinone (Amaseno, Arnara, Boville Ernica, Castro dei Volsci, Ceccano, Ceprano, Falvaterra, Ferentino, Frosinone, Fumone, Giuliano di Roma, Morolo, Pastena, Patrica, Pofi, Ripi, San Giovanni Incarico, Strangolagalli, Supino, Torrice, Vallecorsa, Veroli e Villa Santo Stefano) in stato di "disabilità gravissima", ivi compresi quelli affetti da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) e in stato di demenza molto grave (anche con morbo di Alzheimer), come definiti dall'art. 3 del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016.

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

- a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10 ;
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 ;
- d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;

- e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;
- f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;
- g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5 con QI ≤ 34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 8 ;
- i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

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

L'accertamento della patologia determinante dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza / stato di gravità, devono essere obbligatoriamente certificati da una Struttura sanitaria pubblica e prodotti, come parte integrante dell'istanza, mediante la Scheda di certificazione sanitaria di cui all'Allegato 3 del presente Avviso. La Scheda dovrà essere debitamente compilata in ogni sua parte, timbrata e firmata dal Medico specialista di riferimento e dovrà riportare, laddove previsto, i punteggi relativi alle scale di valutazione indicate. In caso di Scheda non adeguatamente compilata non potrà essere valutata la condizione sanitaria del richiedente e verificato il possesso dei requisiti di accesso ai benefici, pertanto l'istanza sarà esclusa.

INTERVENTI

Il presente avviso è finalizzato a favorire la permanenza delle persone in condizioni di disabilità gravissima nel proprio ambiente domestico e prevede, nel rispetto della libertà di scelta della persona, l'accesso ai seguenti interventi domiciliari, che hanno carattere alternativo e non sono cumulabili tra di loro:

1. SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE DIRETTA
2. SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA:
 - a) Assistenza alla persona - ASSEGNO DI CURA
 - b) Assistenza caregiver - CONTRIBUTO DI CURA

Tutti gli interventi previsti **sono cumulabili** con pensioni, indennità di accompagnamento ed ogni altro assegno riconosciuto a carattere previdenziale e/o assicurativo.

Tutti gli interventi previsti **sono compatibili** con la fruizione di altri servizi ed interventi del complessivo sistema di offerta pubblica, quali:

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

assistenza domiciliare definito nel PAI (Piano Assistenziale Individualizzato).

Gli interventi di assistenza domiciliare indiretta previsti (assegno di cura e contributo di cura) **possono essere riconosciuti all'utente in presenza di altri servizi socio-assistenziali** o contributi per l'acquisizione di prestazioni socio-assistenziali. La presenza/fruizione di tali servizi e interventi da parte dell'utente, rileverà ai fini della graduazione dell'importo riconosciuto per l'accesso ai benefici previsti.

Gli interventi previsti dal presente Avviso **sono compatibili** con l'erogazione della misura di sostegno alle famiglie con minori in età evolutiva (0-12 anni) con disturbi dello spettro autistico prevista dalla L.R. 7/2018 e dai relativi provvedimenti di attuazioni.

Gli interventi previsti dal presente Avviso **non sono riconosciuti o se già attribuiti sono interrotti** nei seguenti casi:

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

In caso di trasferimento della residenza della persona beneficiaria in altra Regione, considerata la gravità della compromissione funzionale, la complessità del bisogno e la necessità della continuità assistenziale, l'erogazione del beneficio è garantita per un periodo massimo di 6 mesi a decorrere dalla domanda di cambio di residenza.

In applicazione del principio generale di non sovrapposizione di misure pubbliche con analoghe finalità, l'erogazione sarà interrotta, anche prima dei 6 mesi, dal momento in cui l'utente accederà al servizio/prestazione programmata per la disabilità gravissima 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 a contributo nell'arco temporale suindicato e di inviare, entro 15 gg, la comunicazione formale di avvenuto accesso all'assistenza per la disabilità gravissima nella nuova Regione.

In caso di trasferimento della residenza nel corso dell'anno d'intervento, in un diverso Comune del territorio regionale, l'assegno di cura o il contributo di cura continueranno ad essere riconosciuti all'utente dal Distretto sociosanitario che ha programmato l'intervento fino al termine dell'esercizio finanziario di competenza.

Infine in caso di ricovero del beneficiario presso strutture sociali o sanitarie che superi i 30 giorni, l'utente è tenuto a far pervenire idonea comunicazione all'Ufficio di Piano distrettuale. Allo stesso modo, in caso di decesso, chi cura gli interessi dell'utente dovrà tempestivamente informarne il suddetto Ufficio.

1. SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE DIRETTA

Il servizio di assistenza domiciliare diretta prevede un insieme di prestazioni rese nel contesto di vita quotidiana della persona, finalizzati a favorire la permanenza dell'individuo fragile nel proprio ambito familiare e sociale, elevando la qualità di vita, prevenendo il ricorso a forme di istituzionalizzazione e favorendo, altresì, i processi di deistituzionalizzazione.

Le prestazioni socio-assistenziali inerenti il servizio consistono prevalentemente in attività di: aiuto alla persona, cura dell'ambiente domestico, supporto e accompagnamento per favorire la vita e le relazioni, consegna a domicilio di farmaci, alimenti e altri generi di prima necessità, nonché in interventi di tipo sociale ed educativo.

Il servizio offre una risposta assistenziale ai bisogni delle persone con disabilità al fine di favorirne l'autonomia, l'indipendenza, l'inclusione sociale, la prevenzione del disagio e del rischio di emarginazione, offrendo sostegno e sollievo alle famiglie nel compito di accudimento.

Con riferimento al presente avviso, **ai richiedenti ammessi a fruire del servizio di assistenza domiciliare verranno riconosciute prestazioni equivalenti all'importo mensile previsto per l'assegno di cura**, il cui importo minimo varia da euro 500,00 ad euro 800,00, **traducibili in un minimo di 5 / 8 ore settimanali di intervento**, da determinare in base ai parametri omogenei dell'ISEE sociosanitario e alla fruizione di altri

servizi/prestazioni socio assistenziali da parte del beneficiario, così come previsto al paragrafo 5.3.a. delle nuove Linee guida regionali (DGR 897/2021).

2. SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA

L'assistenza domiciliare indiretta è volta a fornire supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia mediante trasferimenti monetari, condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliare o alla fornitura diretta degli stessi da parte del *caregiver*.

Il beneficio economico può essere erogato nella forma dell'assegno o del contributo di cura.

a) ASSEGNO DI CURA

L'assegno di cura è finalizzato a realizzare un intervento di assistenza domiciliare indiretta tramite assunzione, con regolare contratto di lavoro, di un operatore qualificato scelto direttamente dall'interessato.

Lo stesso potrà acquistare le prestazioni di assistenza da un soggetto erogatore del Terzo Settore regolarmente accreditato ai sensi della vigente normativa regionale.

L'operatore professionale scelto dall'assistito e dalla famiglia dovrà essere assunto in conformità a quanto stabilito dai vigenti CCNL di riferimento. Lo stesso operatore dovrà essere iscritto al Registro distrettuale degli assistenti alla persona o al Registro distrettuale degli organismi accreditati nel caso in cui l'utente intenda avvalersi di organizzazioni del Terzo Settore. I predetti Registri sono pubblicati sul sito www.distrettosocialefrosinone.it

L'importo dell'assegno di cura riconosciuto all'utente sarà **determinato per un importo minimo mensile compreso fra 500,00 e 800,00 euro**, da graduare in base ai parametri omogenei dell'ISEE sociosanitario e alla fruizione di altri servizi/prestazioni socio assistenziali da parte del beneficiario, così come previsto al paragrafo 5.3.a) delle nuove Linee guida regionali (DGR 897/2021).

L'utente che risulterà beneficiario dell'assegno di cura, dovrà produrre all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B copia del contratto di regolare assunzione dell'operatore e, con cadenza trimestrale, una rendicontazione delle spese sostenute per l'assunzione dell'operatore opportunamente documentate (in particolare copia dei MAV trimestrali INPS quietanzati). Saranno ammesse a contributo le spese derivanti da regolari rapporti di lavoro con l'operatore ma non quelle con familiari ed affini, come individuati all'articolo 433 del Codice Civile.

b) CONTRIBUTO DI CURA

Il contributo di cura è finalizzato al riconoscimento e al supporto della figura del caregiver quale componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato.

Per *caregiver* si intende la persona che volontariamente, in modo gratuito e responsabile, si prende cura di una persona non autosufficiente o, comunque, in condizione di necessario ausilio di lunga durata, non in grado di prendersi cura di sé, così come previsto dal Decreto 26 settembre 2016 art. 2 lett. b) e dalla Legge regionale n. 11/2016, art. 26 comma 8.

Pertanto, il *caregiver* è la persona che intrattiene consolidati e verificati rapporti di cura e assistenza con la persona disabile, anche in assenza di vincoli di natura familiare.

L'UVM valuta che il caregiver scelto dall'utente sia in grado di assicurare le attività di cura e di assistenza necessarie e riconosce formalmente la figura del caregiver al momento della definizione del PAI. Il *caregiver* deve rapportarsi in maniera continuativa con gli operatori del sistema dei servizi sociali e socio-sanitari coinvolti nella realizzazione del PAI della persona disabile.

L'importo del contributo di cura riconosciuto all'utente sarà **determinato per un importo minimo mensile compreso fra 400,00 e 700,00 euro**, da determinare in base ai parametri omogenei dell'ISEE sociosanitario e alla fruizione di altri servizi/prestazioni socio assistenziali da parte del beneficiario, così come previsto al paragrafo 5.3.b) delle nuove Linee guida regionali (DGR 897/2021).

Tutti gli interventi di sostegno alla domiciliarità previsti (forma diretta ed indiretta) saranno attivati sulla base di un **Piano Assistenziale Individuale (PAI)** concordato fra i soggetti coinvolti (il richiedente e/o la

sua famiglia, il Servizio Sociale Professionale distrettuale, le UU.OO. della ASL di Frosinone competenti, l'eventuale *caregiver* familiare, l'erogatore del servizio domiciliare distrettuale, etc.) e predisposto dall'UVM distrettuale integrata, con verifica periodica dell'efficacia delle prestazioni.

In osservanza a quanto previsto dalla Regione Lazio in tema di riconoscimento del ruolo di *caregiver* familiare e di valorizzazione sociale, per i beneficiari del contributo di cura, il predetto PAI dovrà essere integrato dalla "**Scheda caregiver familiare**" (Allegato A.1 alla DGR 341/2021), compilata e sottoscritta congiuntamente dall'assistito, come espressione della sua autodeterminazione nella scelta della persona, e dal *caregiver*, a conferma del reale impegno di cura. La Scheda costituisce lo strumento di comunicazione ai servizi territoriali, della scelta condivisa dalla persona con disabilità e dal suo *caregiver familiare*. Il modello di "Scheda caregiver familiare" è reso disponibile sul sito istituzionale del Distretto Sociale B www.distrettosocialefrosinone.it

MODALITA' DI EROGAZIONE E CRITERI DI VALUTAZIONE

L'**assegno di cura** verrà erogato ai beneficiari con **cadenza trimestrale**.

Il **contributo di cura** verrà erogato ai beneficiari con **cadenza semestrale**.

L'intervento di assistenza domiciliare diretta verrà pagato dal Comune Capofila all'Ente erogatore delle prestazioni a seguito di presentazione di regolare fattura elettronica mensile.

Ai fini dell'erogazione dei benefici previsti, verificato il possesso dei requisiti richiesti per l'accesso (ai sensi dell'art. 3 del DM 26 settembre 2016, come indicati al punto DESTINATARI del presente Avviso), l'UVMD integrata **procederà ad una valutazione sanitaria e socio-economica del richiedente** e del nucleo familiare, secondo le modalità e i criteri previsti dai citati paragrafi 5.3.a) e 5.3.b) delle Linee guida regionali di cui alla DGR 897/2021 (parametri omogenei dell'ISEE sociosanitario e fruizione di altri servizi/prestazioni socio assistenziali da parte del beneficiario) e determinerà il valore del beneficio spettante. Sulla base della capienza del fondo disponibile e della programmazione annuale delle risorse prevista, i richiedenti positivamente valutati saranno ammessi agli interventi oppure collocati in una specifica lista di attesa distrettuale per una successiva presa in carico.

Per garantire la **continuità assistenziale**, verrà assicurato innanzitutto l'intervento in favore di tutti gli utenti già in carico, cioè assegnatari del beneficio nell'annualità precedente.

Soddisfatte le richieste di assistenza di tutti gli aventi diritto sulla base della programmazione delle risorse realizzata, in caso di disponibilità residua di fondi, l'UVMD integrata potrà valutare l'incremento del contributo minimo mensile dell'assegno o del contributo di cura assegnato all'utente, fino ad un massimo di 200,00 euro (traducibili in 2 ore di assistenza domiciliare settimanali aggiuntive). Tale rimodulazione in aumento del beneficio dovrà essere determinata in relazione alla compromissione funzionale e, nel caso del contributo di cura, alla convivenza con il *caregiver*.

Sulla base di quanto previsto dalla DGR 897/2021, i beneficiari affetti da SLA potranno accedere, su specifica e motivata richiesta e previa verifica della predetta UVMD, ad un'integrazione del contributo mensile attribuito fino ad un massimo di € 300,00 mensili (traducibile in massimo 3 ore settimanali aggiuntive di prestazioni, nel caso di assistenza domiciliare diretta).

TERMINI E MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Tutti i nuovi richiedenti dovranno presentare **Istanza di accesso** ai benefici previsti dal presente avviso utilizzando apposito modulo (**Modello 1 Istanza**), corredato dagli allegati richiesti, reperibile *on line* sul sito: www.distrettosocialefrosinone.it

Le istanze di accesso agli interventi previsti dovranno essere presentate e protocollate al Comune di residenza dal 15.01.2024.

Gli sportelli di Segretariato Sociale/PUA distrettuali presenti in ogni Comune dell'Ambito, nonché i PUA ubicati presso i presidi della ASL di Frosinone/Distretto Sanitario B, garantiranno le funzioni di informazione, orientamento, supporto e assistenza/accompagnamento alla cittadinanza interessata alla presentazione dell'istanza.

Ciascun Comune afferente al Distretto Sociale B, provvederà a trasmettere, secondo l'ordine cronologico di arrivo, ogni singola istanza pervenuta (corredata dalla documentazione prevista) all'Ufficio di Piano per l'attivazione dell'UVMD integrata, che procederà alla valutazione secondo le modalità precedentemente indicate e all'eventuale presa in carico del richiedente.

Il presente avviso assume la forma del **bando aperto con "modalità unica a sportello"**, pertanto le domande pervenute verranno accolte e valutate dall'UVMD integrata entro 90 giorni dalla presentazione, ai fini dell'ammissione agli interventi o per l'inserimento in lista di attesa, nel caso di risorse insufficienti.

Gli utenti che risultino già beneficiari dei contributi assistenziali della disabilità gravissima, non dovranno riproporre la domanda nelle successive annualità. Saranno, tuttavia, tenuti a fornire idonea Dichiarazione (modello Allegato 4 del presente Avviso) per l'aggiornamento della stessa e in caso di sopravvenute modifiche all'istanza originaria (ad es. aggravamento della compromissione funzionale, attivazione di ulteriori servizi e prestazioni sociali, indicazione di un diverso caregiver o modifica dello stato anagrafico dello stesso, scelta di una diversa modalità di assistenza, nuova attestazione ISEE).

I Servizi Sociali del Distretto Sociale B procederanno ad una verifica annuale sull'adeguatezza del progetto assistenziale e del beneficio (entità del contributo) riconosciuto all'utente, che potrà essere conseguentemente rideterminato.

DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE

Gli interessati in possesso dei requisiti previsti, **a pena di esclusione**, dovranno presentare **Istanza di accesso (Allegato 1) debitamente compilata in ogni sua parte, sottoscritta dal richiedente** e corredata da:

- Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario (Allegato 2 del presente Avviso);
- Scheda di certificazione sanitaria di cui all'Allegato 3 del presente Avviso, rilasciata da idonea struttura sanitaria pubblica, attestante la sussistenza di una o più condizioni di cui all' art. 3 comma 2 del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016, come elencate alla sezione DESTINATARI del presente Avviso;
- Verbale attestante l'Indennità di accompagnamento, di cui alla Legge n.18/1980 o dell'Allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159/2013 attestante la non autosufficienza;
- Attestazione ISEE regolare e in corso di validità, ai sensi del DPCM n. 159/2013, per prestazioni agevolate di natura sociosanitaria (art. 6 del DPCM n.159/2013);
- copia del documento di identità in corso di validità e del Codice Fiscale del richiedente il contributo;
- copia del documento di identità in corso di validità e del Codice Fiscale del beneficiario del contributo (se diverso dal richiedente);
- copia del documento di identità in corso di validità e del Codice Fiscale del caregiver (in caso di istanza di contributo di cura e se diverso dal richiedente);
- copia del Codice IBAN del richiedente/beneficiario del contributo (non riferito al Libretto postale).

La domanda non compilata in ogni sua parte, non sottoscritta dal richiedente o sprovvista della documentazione richiesta sarà esclusa. Solo nel caso in cui non sia allegato il Modello ISEE la domanda potrà essere accolta e valutata con attribuzione del punteggio relativo alla fascia ISEE più alta.

Le istanze di tutti i richiedenti, rese ai sensi del DPR n. 445/2000, potranno essere soggette a verifiche e controlli da parte della Guardia di Finanza e, in caso di dichiarazioni false o mendaci, i sottoscrittori saranno denunciati all'Autorità Giudiziaria.

TUTELA DEI DATI PERSONALI

Si informa, ai sensi della normativa vigente, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, saranno trattati, anche facendo uso di strumenti informatici, al solo fine di consentire l'attività di valutazione, da svolgersi con la ASL di Frosinone, nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria fra i servizi territoriali. I dati potranno essere comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti, oltre che alla ASL di Frosinone ed altri Enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda e in caso di preminente interesse pubblico, ma non saranno diffusi.

Il soggetto può esercitare il diritto di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che di opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone.

Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Frosinone, Capofila del Distretto Sociale B di Frosinone. Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente del Settore Welfare, RUP del presente procedimento, Dott. Andrea Manchi.

I Comuni di residenza di ciascun richiedente il presente beneficio sono contitolari nel trattamento dei relativi dati, ai sensi dell'art. 26 del Regolamento UE 2016/679.

INFORMAZIONI

Per informazioni e chiarimenti è possibile rivolgersi a:

- Uffici Servizi Sociali dei Comuni – Sportelli Segretariato Sociale / PUA del Distretto Sociale B di residenza del richiedente;
- PUA ubicati presso i presidi della ASL di Frosinone/Distretto Sanitario B;
- Ufficio di Piano Distretto Sociale B - Comune di Frosinone, tel. 0775 2656455 / 6271 / 6202 / 6216
e-mail: segreteria@distrettosocialefrosinone.it

Frosinone, 15.12.2023

**Il Dirigente
Coordinatore dell'Ufficio di Piano
Dr. Andrea Manchi**



Comune di Frosinone



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
FROSINONE



Al Comune di _____

Alla c.a. dell'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B

ALLEGATO I - MODELLO di ISTANZA

**Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima
(Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e DGR n. 897/2021)
ISTANZA DI ACCESSO**

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
e-mail _____
domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
Codice fiscale _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

in qualità di:
 beneficiario
dell'istanza oppure:
 familiare
 tutore (Decreto Tribunale di _____ n. _____)
 amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di _____ n. _____)
 altro (specificare: _____)

in favore di: (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
e-mail _____
domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
Codice fiscale _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DICHIARA

(ai sensi degli artt. 45 e 46 D.P.R. n. 445/2000)

[] di beneficiare dell'indennità di accompagnamento (legge 11 febbraio 1980, n.18) o essere non autosufficiente ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159 del 2013 e di trovarsi in una o più delle condizioni di cui all'art.3 del DM 26/09/2016, come attestato dall'Allegato 3 – Scheda di certificazione sanitaria alla presente istanza.

Consapevole dell'obbligo di rendere tutte le dichiarazioni poste a seguire per consentire il corretto svolgimento delle procedure di valutazione della domanda da parte dell'UVMD,

DICHIARA altresì

- che il destinatario dell'intervento nei 6 mesi precedenti **non ha fruito / ha fruito** di interventi in favore di persone con disabilità gravissima erogati da Regione di residenza diversa dal Lazio (*cancellare l'ipotesi che non ricorre*);
- che il destinatario dell'intervento **non è attualmente ricoverato** a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- di impegnarsi**, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva **comunicazione** all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone, in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 30 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario;
- di impegnarsi**, in caso di ammissione al beneficio, a produrre all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone, con cadenza trimestrale, idonea **dichiarazione** attestante la permanenza presso il proprio domicilio;
- di essere a conoscenza** che la misura di sostegno sarà riconosciuta a decorrere dalla data in cui il Distretto socio-sanitario disponga delle risorse necessarie a soddisfare le singole domande secondo l'ordine cronologico di presentazione;
- in caso di accesso all'assegno di cura, di impegnarsi a produrre copia del **contratto** di regolare assunzione dell'operatore e **rendicontazione** trimestrale delle spese allo scopo sostenute;
- in caso di accesso all'assegno di cura, di impegnarsi a produrre copia del **contratto** di regolare assunzione dell'operatore e **rendicontazione** trimestrale delle spese allo scopo sostenute;
- di **non essere / essere** già beneficiario di assegno di cura relativo ad interventi in favore di malati di Alzheimer (*cancellare l'ipotesi che non ricorre*);
- di **non fruire / fruire** del progetto INPS HCP con un contributo mensile pari ad € _____ (*cancellare l'ipotesi che non ricorre*);
- di **non fruire / fruire** di interventi di assistenza domiciliare (componente sociale) erogati dal Comune di residenza e/o dal Distretto Sociale B di Frosinone per un n. ore settimanali pari a ____ (*cancellare l'ipotesi che non ricorre*);
- di **non frequentare / frequentare** Centri diurni o semiresidenziali presenti nel territorio del Distretto

Sociale B di Frosinone per n. _____ giorni settimanali (cancellare l'ipotesi che non ricorre);

- di **non fruire / fruire** degli interventi previsti nella misura di sostegno alle famiglie con minori in età evolutiva (0-12 anni) con Disturbi dello Spettro Autistico (L. R. 7/2018 e relativi provvedimenti di attuazione) (cancellare l'ipotesi che non ricorre);
- che il **caregiver** familiare indicato nella presente istanza, volontariamente e in modo gratuito e responsabile si prende cura del beneficiario, intrattenendo con lo stesso consolidati e verificati rapporti di cura, supporto e assistenza personale (barrare solo in caso di richiesta di contributo di cura).

ALLEGA

- Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario (*Allegato n. 2*);
- Scheda di certificazione sanitaria (*Allegato n. 3*) rilasciata da idonea struttura sanitaria pubblica, attestante la sussistenza di una o più condizioni di cui all'art. 3 comma 2 del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016, come già elencate, attestante la patologia determinante dipendenza vitale e il grado di non autosufficienza / stato di gravità;
- Verbale di riconoscimento dell'Invalidità civile al 100% e dell'Indennità di accompagnamento; Attestazione ISEE regolare e in corso di validità;
- Copia del documento di identità in corso di validità e del C.F. del richiedente il contributo;
- Copia del documento di identità in corso di validità e del C.F. del beneficiario del contributo;
- Copia del documento di identità in corso di validità e del C.F. del caregiver (solo in caso di richiesta di contributo di cura);
- Copia del codice IBAN del richiedente/beneficiario del contributo (non riferito al libretto postale);
- Altro (*specificare*) _____

CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

Tel.* _____ E-mail* _____

*campi obbligatori

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76 DPR n.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 DPR, dichiara di aver preso visione dell'avviso relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

Luogo e data _____

Firma del richiedente _____

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi della normativa vigente, i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, saranno trattati, anche facendo uso di strumenti informatici, al solo fine di consentire l'attività di valutazione, da svolgersi con la ASL di Frosinone, nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria fra i servizi territoriali. I dati potranno essere comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti, oltre che alla ASL di Frosinone ed altri Enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda e in caso di preminente interesse pubblico, ma non saranno diffusi.

Il soggetto può esercitare il diritto di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che di opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone.

Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Frosinone, Capofila del Distretto Sociale B di Frosinone; Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente del Settore Servizi alla Persona, RUP del presente procedimento, dr. Andrea Manchi.

I Comuni di residenza di ciascun richiedente il presente beneficio sono contitolari nel trattamento dei dati, ai sensi dell'art. 26 del Regolamento UE 2016/679.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi della normativa vigente, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste dagli *"Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima"* della Regione Lazio, ai sensi della DGR n. 897/2021.

Luogo e data _____

Firma del richiedente _____

- di impegnarsi a produrre all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone, con cadenza trimestrale, idonea **dichiarazione** attestante la permanenza presso il proprio domicilio;
- di impegnarsi a produrre/aggiornare copia del **contratto** di regolare assunzione dell'operatore e rendicontazione trimestrale delle spese allo scopo sostenute (*in caso di richiesta dell'assegno di cura*);
- che il **caregiver** familiare indicato nell'istanza, volontariamente e in modo gratuito e responsabile si prende cura del beneficiario, intrattenendo con lo stesso consolidati e verificati rapporti di cura, supporto e assistenza personale (*in caso di richiesta di contributo di cura*);

ALLEGA

1. Attestazione ISEE in corso di validità e di regolarità;
2. Copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del richiedente il contributo;
3. Copia del documento di identità in corso di validità e codice fiscale del beneficiario del contributo;
4. _____
5. _____
6. _____

Luogo e data _____

Firma del richiedente

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi della normativa vigente, i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, saranno trattati, anche facendo uso di strumenti informatici, al solo fine di consentire l'attività di valutazione, da svolgersi con la ASL di Frosinone, nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria fra i servizi territoriali. I dati potranno essere comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti, oltre che alla ASL di Frosinone ed altri Enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda e in caso di preminente interesse pubblico, ma non saranno diffusi.

Il soggetto può esercitare il diritto di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che di opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone.

Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Frosinone, Capofila del Distretto Sociale B di Frosinone; Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente del Settore Servizi alla Persona, RUP del presente procedimento, dr. Andrea Manchi.

I Comuni di residenza di ciascun richiedente il presente beneficio sono contitolari nel trattamento dei dati, ai sensi dell'art. 26 del Regolamento UE 2016/679.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi della normativa vigente, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste dagli *"Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima"* della Regione Lazio, ai sensi della DGR n. 897/2021.

Luogo e data _____

Firma del richiedente

ALLEGATO 3 – Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima
Distretto Sociale B di Frosinone

CERTIFICAZIONE SANITARIA¹

ai sensi dell'art. 3 comma 2 del Decreto Interministeriale 26 settembre 2016
(Compilazione a cura del medico specialista di struttura sanitaria pubblica)

Si certifica che:

il sig./la sig.ra (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente in Via/Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

È affetto da (diagnosi) _____

_____ (codice ICD 10)

e rientra nelle condizioni di seguito riportate, così come documentate dalle Scale di riferimento allegate:

- persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10 (punteggio _____);
- persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 (punteggio _____);
- persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B (grado/i _____);
- persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod (valori / punteggio / stadio _____);
- persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore (punteggio _____);
- persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5 con $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 8 (punteggio _____);
- 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.²

Luogo e data _____

Timbro e firma medico specialista struttura pubblica³

¹ IL CERTIFICATO DEVE ESSERE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE COMPRESA L'INDICAZIONE DEL PUNTEGGIO / GRADO / STADIO DELLA DISABILITA' OVE PREVISTO

² NEL CASO IN CUI LA PATOLOGIA INDICATA RIENTRI NEL PUNTO i) E' NECESSARIO SPECIFICARE LA DIAGNOSI O ALLEGARE UNA CERTIFICAZIONE DALLA QUALE SI EVINCA LA CONDIZIONE DI "DISABILITA' GRAVISSIMA".

³ LO SPECIALISTA DEVE ESSERE COMPETENTE PER LA PATOLOGIA CERTIFICATA



Comune di Frosinone



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
FROSINONE



Al Comune di _____

Alla c.a. dell'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B

ALLEGATO 4 - MODELLO DICHIARAZIONE

**Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima
(Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e DGR n. 897/2021)
DICHIARAZIONE (rinnovo/aggiornamento)**

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
e-mail _____
domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
Codice fiscale _____

in qualità di:
 beneficiario dell'istanza
oppure:
 familiare
 tutore (Decreto Tribunale di _____ n. _____)
 amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di _____ n. _____)
 altro (specificare: _____)

in favore di: (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
e-mail _____
domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
Codice fiscale _____

Per il rinnovo / aggiornamento dell'istanza di accesso per l'annualità _____,

DICHIARA QUANTO SEGUE

(barrare le voci di pertinenza):

- Di voler confermare quanto richiesto e dichiarato nell'istanza relativa al precedente Avviso pubblico degli interventi in favore di persone affette da Disabilità Gravissima ai sensi del DM 26/09/2016, **aggiornando esclusivamente il Modello ISEE che si rimette in allegato;**
- Di voler aggiornare quanto richiesto e dichiarato nell'istanza di cui al precedente Avviso pubblico degli interventi in favore di persone affette da Disabilità Gravissima ai sensi del DM 26/09/2016, relativamente ai seguenti aspetti *(barrare/compilare le sole voci di pertinenza):*

1. Intervento richiesto – si sostituisce la precedente richiesta con la seguente:

- servizio di assistenza domiciliare diretta erogato da un qualificato Ente gestore attraverso un insieme di prestazioni professionali rese nel contesto di vita quotidiana della persona, volte a favorire la permanenza dell'individuo nel proprio ambito familiare e sociale e a prevenirne l'istituzionalizzazione;
- assegno di cura finalizzato a realizzare un intervento di assistenza domiciliare indiretta, tramite assunzione di un operatore qualificato ai sensi della DGR n.88/2017, scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia oppure avvalendosi di organizzazioni di fiducia;
- contributo di cura finalizzato a realizzare un intervento di assistenza domiciliare indiretta, tramite riconoscimento e supporto alla figura del caregiver familiare, quale componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato.

DATI RIFERITI AL CAREGIVER *(compilare solo ove si richieda il contributo di cura)*

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

e-mail _____

domicilio *(solo se diverso dalla residenza)* Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Grado di parentela (rispetto al beneficiario) _____

2. Condizione di salute - livello di gravità/stadiazione della patologia, come attestato dalla Scheda di Certificazione Sanitaria allegata.

- di impegnarsi a produrre all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone, con cadenza trimestrale, idonea **dichiarazione** attestante la permanenza presso il proprio domicilio;
- di impegnarsi a produrre/aggiornare copia del **contratto** di regolare assunzione dell'operatore e rendicontazione trimestrale delle spese allo scopo sostenute (*in caso di richiesta dell'assegno di cura*);
- che il **caregiver** familiare indicato nell'istanza, volontariamente e in modo gratuito e responsabile si prende cura del beneficiario, intrattenendo con lo stesso consolidati e verificati rapporti di cura, supporto e assistenza personale (*in caso di richiesta di contributo di cura*);

ALLEGA

1. Attestazione ISEE in corso di validità e di regolarità;
2. Copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del richiedente il contributo;
3. Copia del documento di identità in corso di validità e codice fiscale del beneficiario del contributo;
4. _____
5. _____
6. _____

Luogo e data _____

Firma del richiedente

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi della normativa vigente, i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, saranno trattati, anche facendo uso di strumenti informatici, al solo fine di consentire l'attività di valutazione, da svolgersi con la ASL di Frosinone, nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria fra i servizi territoriali. I dati potranno essere comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti, oltre che alla ASL di Frosinone ed altri Enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda e in caso di preminente interesse pubblico, ma non saranno diffusi.

Il soggetto può esercitare il diritto di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che di opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone.

Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Frosinone, Capofila del Distretto Sociale B di Frosinone; Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente del Settore Servizi alla Persona, RUP del presente procedimento, dr. Andrea Manchi.

I Comuni di residenza di ciascun richiedente il presente beneficio sono contitolari nel trattamento dei dati, ai sensi dell'art. 26 del Regolamento UE 2016/679.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi della normativa vigente, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste dagli "Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima" della Regione Lazio, ai sensi della DGR n. 897/2021.

Luogo e data _____

Firma del richiedente
