



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. 20/2006, concernente "Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza";
- 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 Giunta Regionale n. 395/2020;
- VISTA la Determinazione Dirigenziale n. G16369/2020;

RENDE NOTA

l'apertura di un Avviso pubblico, ai sensi della Deliberazione di Giunta Regionale n. 395 del 23.06.2020, recante "Aggiornamento linee guida regionali per la programmazione territoriale delle prestazioni assistenziali domiciliari in favore degli utenti in condizione di disabilità gravissima".

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 $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 8 ;
- i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

Nel caso in cui le condizioni di cui alle lettere a) e d) siano determinate da eventi traumatici e l'accertamento dell'invalidità non sia ancora definito ai sensi delle disposizioni vigenti, gli interessati 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.

In ogni caso 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. Tale accertamento dovrà essere allegato alla richiesta di contributo.

INTERVENTI

Il presente Avviso Pubblico 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

Gli interventi previsti dal presente Avviso sono cumulabili con pensioni, indennità di accompagnamento ed ogni altro assegno riconosciuto a carattere previdenziale e/o assicurativo.

Gli interventi previsti dal presente Avviso non sono compatibili con altri interventi di assistenza domiciliare (diretta o indiretta) componente sociale, in applicazione del principio generale di non sovrapposizione di misure pubbliche con analoghe finalità.

Gli interventi previsti dal presente Avviso 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 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.

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 minimo mensile previsto per l'assegno di cura (€ 800,00), quantificabili in un **minimo di 8 ore di intervento settimanale**.

Le prestazioni domiciliari saranno erogate sulla base di un PAI concordato dall'utente e/o dalla famiglia con il Servizio Sociale professionale distrettuale, da parte di organismo di Terzo Settore all'uopo individuato dal Comune Capofila.

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 ai sensi della DGR n. 88/2017, scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia oppure avvalendosi di organizzazioni di fiducia.

L'operatore scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia dovrà essere assunto ai sensi del vigente CCNL sulla Disciplina del lavoro domestico. 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

Saranno ammesse le spese derivanti da regolari contratti di lavoro con l'operatore e non già quelle con familiari ed affini come individuati all'articolo 433 del Codice Civile.

L'importo minimo dell'assegno di cura è di **euro 800,00 mensili**.

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 minimo del contributo di cura è di **euro 700,00 mensili**.

Tutti gli interventi previsti dal presente Avviso saranno attivati sulla base di un **Piano Assistenziale Individuale (PAI)** previamente concordato fra il richiedente, il Servizio Sociale Professionale, le UU.OO. della ASL di Frosinone e/o il Punto Unico di Accesso (PUA), con verifica periodica dell'efficacia delle prestazioni.

MODALITA' DI EROGAZIONE E CRITERI DI VALUTAZIONE

L'assegno e il contributo di cura verranno erogati con **cadenza trimestrale**.

L'intervento di assistenza domiciliare diretta verrà pagato dal Comune Capofila all'Ente gestore a seguito di presentazione di regolare fattura.

La prestazione domiciliare verrà riconosciuta dal momento dell'avvio fino al termine dell'anno di riferimento.

L'assegno di cura sarà riconosciuto a decorrere dall'inizio dell'anno di riferimento fino al termine dello stesso, nel caso in cui la sottoscrizione del contratto di lavoro con l'operatore professionale sia antecedente.

Sarà invece riconosciuto dalla data di sottoscrizione del contratto di lavoro, nel caso in cui la stessa avvenga successivamente e comunque fino al termine dell'anno di riferimento.

Il contributo di cura sarà riconosciuto a decorrere dall'inizio dell'anno di riferimento e fino al termine dello stesso.

Per quanto attiene gli utenti in lista di attesa, l'erogazione della prestazione domiciliare, dell'assegno o del contributo di cura avverrà a decorrere dal momento in cui, attraverso lo scorrimento della graduatoria, si concretizza l'accesso alla misura di sostegno finalizzata all'assistenza e fino al termine dell'anno di riferimento.

Ai fini dell'erogazione dei benefici previsti, stante il possesso dei requisiti richiesti per l'accesso ai sensi del DM 26 settembre 2016 (indicati al punto DESTINATARI del presente Avviso), si procederà ad una valutazione sanitaria del richiedente e socio-economica del nucleo familiare, sulla base dei seguenti

aspetti generali: tipologia e gravità della condizione di disabilità/non autosufficienza; composizione del nucleo familiare; condizione economica (ISEE).

I richiedenti positivamente valutati saranno collocati in una specifica graduatoria distrettuale; **saranno ammessi a fruire dei benefici richiesti quelli utilmente collocati nella graduatoria stessa, nel rispetto della capienza del fondo disponibile.**

In linea con quanto previsto anche dal DPCM 21 novembre 2019, per l'accesso alle prestazioni verranno applicati i **criteri di priorità** di seguito specificati.

Per garantire la **continuità assistenziale**, verrà assicurato l'intervento in favore di tutti gli utenti già in carico, vale a dire coloro che sono stati assegnatari del beneficio nell'annualità precedente.

Le nuove istanze accederanno all'intervento a seguito di valutazione da parte dell'UVMD e sarà data **priorità ai richiedenti che non fruiscono di altri servizi e prestazioni sociali e/o sociosanitari** attivati nell'ambito del PAI. Nel caso in cui si verifichi una parità di punteggio fra i richiedenti, sarà utilizzato l'**ulteriore criterio dell'ISEE sociosanitario** (art. 6 DPCM 159/2003) privilegiando il valore più basso in quanto associato ad una situazione di maggiore fragilità.

Soddisfatte le richieste di assistenza di tutti gli aventi diritto secondo i criteri sopraindicati, in caso di disponibilità di risorse, si potrà valutare di procedere ad una modulazione del beneficio riconosciuto all'utente:

- assegno di cura: dall'importo minimo mensile di euro 800,00 fino ad un massimo di euro 1.200,00;
- contributo di cura: dall'importo minimo mensile di euro 700,00 fino ad un massimo di euro 1.000,00;
- prestazioni di assistenza domiciliare diretta: da un minimo di n. 8 ore settimanali di intervento ad un massimo di n. 13 ore.

L'eventuale modulazione del beneficio avverrà secondo i criteri ed pesi previsti al punto 7. a) dell'Allegato alla DGR 395/2020 per l'assegno di cura (cui è equiparato ad ogni effetto l'intervento di assistenza domiciliare diretta) e al punto 7. b) dello stesso Allegato per il contributo di cura.

Secondo i medesimi criteri e sulla base di quanto previsto al punto 8) dell'Allegato alla DGR 395/2020, i beneficiari affetti da SLA potranno accedere ad un'integrazione del beneficio massima di € 300,00 mensili, traducibile in almeno 3 ore settimanali aggiuntive di prestazioni, nel caso di assistenza domiciliare diretta.

L'utente che risulterà beneficiario dell'assegno di cura dovrà trasmettere all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B, a mezzo e-mail all'indirizzo segreteria@distrettosocialefrosinone.it, 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).

In caso di ricovero che superi i 30 giorni, l'utente è tenuto a inoltrare idonea comunicazione al suddetto Ufficio di Piano. Allo stesso modo, in caso di decesso, chi cura gli interessi dell'utente dovrà tempestivamente informarne il suddetto Ufficio.

TERMINI E MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

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

Le **persone** che risultano già **inserite nella graduatoria degli ammessi al beneficio**, anche se in posizione non utile, interessate alla prosecuzione dell'intervento, dovranno produrre apposita **Dichiarazione (Modello 2)**, corredata dagli allegati richiesti reperibile *on line* sul sito web: www.distrettosocialefrosinone.it

Le domande (nuove istanze e dichiarazioni di rinnovo) dovranno essere presentate e protocollate al Comune di residenza entro il 30 aprile 2021, secondo le modalità previste da ciascun Comune in applicazione delle disposizioni di contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19. Per indicazioni specifiche è possibile rivolgersi agli Uffici dei Servizi Sociali del Comune di residenza.

Il presente Avviso assume la forma del "bando aperto" con aggiornamento annuale della graduatoria, pertanto, le domande pervenute dopo il 30 aprile 2021 e fino al 31 agosto 2021 verranno accolte e valutate ai fini dell'aggiornamento della graduatoria distrettuale degli aventi diritto agli Interventi in favore dei soggetti affetti da disabilità gravissima per l'anno 2022. La data del **31 agosto** deve intendersi valida anche per le annualità successive a quella in corso, quale **termine per la presentazione delle domande e delle dichiarazioni di rinnovo**, ai fini dell'accesso ai benefici dell'anno successivo.

Il singolo Comune afferente al Distretto Sociale B, provvederà a trasmettere all'Ufficio di Piano le istanze/dichiarazioni pervenute corredate dalla documentazione allegata, entro il 15 maggio 2021 per l'anno in corso e successivamente entro il 15 settembre di ciascun anno.

Le istanze pervenute, opportunamente istruite, saranno esaminate da idonea Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale – UVMD di carattere integrato socio-sanitario, che dovrà verificare la sussistenza dei requisiti di accogliibilità e procedere alla valutazione ai fini dell'eventuale ammissione. In esito a tale procedimento di valutazione l'Ufficio di Piano predisporrà l'aggiornamento della graduatoria secondo i criteri e le priorità sopra evidenziati.

L'UVMD procede ad una verifica annuale sull'adeguatezza del progetto assistenziale dell'utente e del beneficio (entità del contributo) riconosciuto, che potrà essere rideterminato in base agli aggiornamenti sopraindicati.

DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE

Con riferimento alle **nuove richieste di intervento**, gli interessati in possesso dei requisiti previsti, a pena di esclusione, dovranno presentare istanza di accesso (**Modello 1**) debitamente compilata in ogni sua parte, **sottoscritta dal richiedente** e corredata da:

- Certificazione medica rilasciata da una struttura pubblica attestante la sussistenza di una o più condizioni di cui all' art. 3 comma 2 del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016 e sopra elencate;
- 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 in corso di validità e di regolarità, 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;
- copia del documento di identità in corso di validità e del Codice Fiscale del caregiver;
- copia del Codice IBAN del beneficiario del contributo (è escluso libretto postale);
- autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario (Allegato n.1 al Modello di istanza).

Le **persone già ammesse al beneficio** nel precedente bando, per richiedere la prosecuzione dell'intervento e a pena di esclusione, dovranno presentare specifica Dichiarazione (**Modello 2**) debitamente compilata in ogni sua parte, **sottoscritta dal richiedente** e corredata da:

- attestazione ISEE in corso di validità e di regolarità, 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;
- *(solo in caso di aggravamento dello stato di salute, per il quale si richieda un riesame della condizione sanitaria)* idonea certificazione sanitaria rilasciata da una struttura pubblica;
- *(solo in caso di modifica della precedente richiesta)* ogni altro documento attestante le condizioni che determinano la nuova richiesta.

I Modelli di domanda non sottoscritti dal richiedente o sprovvisti della documentazione richiesta determineranno l'esclusione dell'istanza/dichiarazione.

Le istanze e le dichiarazioni 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 del Distretto Sociale B di residenza del richiedente;
- Ufficio di Piano Distretto Sociale B - Comune di Frosinone, tel. 0775 2656216/2656453/2656202 e-mail: segreteria@distrettosocialefrosinone.it

Frosinone, 23.03.2021

**Il Dirigente
Dott. Andrea Manchi**



Comune di Frosinone



Al Comune di _____

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

MODELLO 1 – Istanza

**Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima
(Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e DGR n. 395/2020)
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 _____

CHIEDE

di accedere al seguente intervento previsto alla DGR n. 395/2020 (barrare una sola opzione):

- 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) _____

CHIEDE altresì

di erogare il beneficio con le seguenti modalità (*compilare solo ove si chieda assegno/contributo di cura*):

diretto al Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
Codice Fiscale _____

tramite accredito sul Conto Corrente [] Bancario [] Postale (*n.b. escluso Libretto Postale*)
(Codice IBAN 27 caratteri)

[] c/o Banca/Ufficio Postale _____ Sede/Agenzia _____

DICHIARA

[] 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 seguenti condizioni**, ai sensi dell'art.3 del DM 26/09/2016 (*barrare una o più opzioni di riferimento*):

- a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) <= 10;

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

DICHIARA altresì

- che il destinatario dell'intervento nei 6 mesi precedenti **ha fruito / non 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;
- 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 **essere / non essere** già beneficiario di assegno di cura relativo ad interventi in favore di malati di Alzheimer (*cancellare l'ipotesi che non ricorre*);
- di **fruire / non fruire** del progetto INPS HCP 2019 per le seguenti prestazioni: prevalenti / integrative / entrambe (*cancellare l'ipotesi che non ricorre*);
- di **fruire / non fruire** dei seguenti interventi di assistenza domiciliare integrata (componente sanitaria) e/o interventi riabilitativi a carattere ambulatoriale e/o domiciliare erogati dalla ASL di Frosinone (*cancellare l'ipotesi che non ricorre*):

- di **fruire / non fruire** dei seguenti interventi di assistenza domiciliare diretta o indiretta (componente sociale) erogati dal Comune di residenza e/o dal Distretto Sociale B di Frosinone (*cancellare l'ipotesi che non ricorre*):

- di **fruire / non 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

- Certificazione sanitaria rilasciata da una struttura sanitaria pubblica, 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 in corso di validità e di regolarità;
- 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;
- Copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del caregiver (*solo in caso di richiesta di contributo di cura*);
- Copia del codice IBAN del beneficiario del contributo (escluso libretto postale);
- Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario (*Allegato n.1 al Modello di istanza*);
- 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 pubblico 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 329/2020.

Luogo e data _____

Firma del richiedente

DICHIARA QUANTO SEGUE (barrare la voce di pertinenza):

- Di voler confermare quanto richiesto e dichiarato nell'istanza relativa al precedente Avviso pubblico, aggiornando esclusivamente il Modello ISEE che si rimette in allegato, corredato dai documenti di identità validi del richiedente e del beneficiario;
- Di voler aggiornare quanto richiesto e dichiarato nell'istanza di cui al precedente Avviso pubblico, relativamente ai seguenti aspetti (barrare/compilare le sole voci di pertinenza):

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

- o 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;
- o 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;
- o 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 (<u>compilare solo ove si richieda il contributo di cura</u>)																												
Cognome _____							Nome _____																					
nato/a a _____				prov. _____			il _____																					
residente nel Comune di _____										prov. _____																		
Via/Piazza _____							n. _____																					
C.A.P. _____				tel. _____																								
e-mail _____																												
domicilio (<u>solo se diverso dalla residenza</u>) Comune di _____										prov. _____																		
Via/Piazza _____							n. _____																					
C.A.P. _____				tel. _____																								
Codice fiscale																												
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																												
Grado di parentela (rispetto al beneficiario) _____																												

2. Condizione di salute - livello di gravità/stadiazione della patologia, come attestato dalla documentazione sanitaria allegata.

3. Modalità di erogazione del contributo:

diretto al Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice Fiscale

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

- di **fruire / non 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

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 329/2020.

Luogo e data _____

Firma del richiedente
