

Consorzio Intercomunale dei Servizi e Interventi Sociali "Valle del Tevere"

Codice Fiscale 97874100585

Comuni di Campagnano di Roma, Capena, Castelnuovo di Porto, Civitella San Paolo, Fiano Romano, Filacciano, Formello, Magliano Romano, Mazzano Romano, Morlupo, Nazzano, Ponzano Romano, Riano, Rignano Flaminio, Sacrofano, Sant'Oreste, Torrita Tiberina

AVVISO PUBBLICO

**PER LA CONCESSIONE DI FINANZIAMENTI FINALIZZATI AD INTERVENTI
DOMICILIARI IN FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI CON
DISABILITA' GRAVISSIMA**

IL DIRETTORE DEL CONSORZIO

Vista la Legge 8 novembre 2000, n. 328 recante "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";

Vista la Legge Regionale 10 agosto 2016, n. 11 "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali nella Regione Lazio";

Vista la D.G.R. 662/2016 di attuazione della Legge Regionale sopra citata, recante "Programma di utilizzazione degli stanziamenti per il sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali, anno 2016";

Vista la Determina Regionale n. G15088 del 15 dicembre 2016 di riparto e assegnazione agli ambiti territoriali delle risorse per l'erogazione di prestazioni assistenziali domiciliari in favore di soggetti in condizione di disabilità gravissima ai sensi del decreto interministeriale 26.09.2016;

Vista la DGR 104/2017 con la quale si approvano le "Linee guida operative regionali agli ambiti territoriali per il servizio di assistenza domiciliare in favore delle persone in condizioni di disabilità gravissima";

Vista la legge 5 febbraio 1992, n.104 "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate" come modificata dalla legge 21 maggio 1998, n.162;

Visto il decreto interministeriale 26 settembre 2016 relativo al riparto delle risorse del Fondo per le non autosufficienze, anno 2016, registrato dalla Corte dei Conti il 3 novembre 2016 al foglio n. 4038 che, all'art.2, stabilisce che le risorse del Fondo devono essere utilizzate per le finalità di cui allo stesso articolo, nel rispetto dei modelli organizzativi regionali, per la realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata di servizi socio-sanitari in favore di persone non autosufficienti, individuando, le aree prioritarie di intervento;

RENDE NOTO

che la Regione Lazio ha promosso e finanziato prestazioni assistenziali domiciliari in favore di soggetti in condizione di disabilità gravissima, allo scopo di favorire la permanenza nel proprio domicilio, garantire una maggiore flessibilità organizzativa dei modelli di offerta, implementare la rete di sostegno ed aiuto alle persone in condizione di disabilità ed al nucleo familiare, rafforzare l'integrazione socio sanitaria in risposta ad un bisogno complesso;

Destinatari e condizioni di disabilità gravissima

Possono presentare istanza di accesso ai contributi i cittadini beneficiari dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18 dell' 11/02/1980, o comunque definiti non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159/2013, che siano residenti in uno dei comuni consorziati e per i quali si

verifichi la condizione di disabilità gravissima (D.M. 26 settembre 2016 – Art. 3, comma 2, lettere da a) ad i)):

- a) persone in condizione di coma, stato vegetativo (SV) oppure in stato di minima coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow coma scale (GCS) minore o uguale a 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) maggiore o uguale a 4;
- d) persone con lesioni spinali fra C0 e 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 lesioni di grado A o B;
- e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo minore o uguale 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) maggiore o uguale a 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% 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 a livello 3 della classificazione del DSM-5;
- h) persone con diagnosi di ritardo mentale grave o profondo secondo classificazione DSM-5, con QI maggiore o uguale a 34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMEL) minore o uguale a 8;
- i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, 7 giorni su 7, 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, nelle more della definizione del processo di accertamento, ai benefici previsti dalla Regione, in presenza di una diagnosi medica di patologia o menomazione da parte dello specialista di riferimento che accompagna il rilievo funzionale.

Finalità e tipologie di prestazioni ammesse al finanziamento

In attuazione della D.G.R. 104/17 e della Determinazione Regionale n.G15088/16, saranno finanziati dei Piani Assistenziali Individualizzati (P.A.I.) in forma di assistenza domiciliare e di aiuto personale (anche della durata di 24 h e nei giorni festivi).

Saranno finanziate due tipologie di interventi:

1) Assegno di Cura

L'intervento di assistenza in ambito domiciliare a persone in condizioni di disabilità gravissima si realizza attraverso il riconoscimento di un contributo economico, denominato *assegno di cura* (art. 25, comma 2, lett. a) della L.R. 11/2016), finalizzato all'acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia.

Il sostegno di natura economica concesso è finalizzato a compensare, in modo totale o parziale, le spese da sostenere per l'acquisizione delle prestazioni assistenziali domiciliari contemplate nel PAI, mediante la sottoscrizione di regolare contratto di lavoro.

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

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

- interventi di assistenza domiciliare integrata, componente sanitaria;
- interventi riabilitativi a carattere ambulatoriale e/o domiciliare;
- ricoveri ospedalieri/riabilitativi per un periodo non superiore ai 15 giorni, decorso il quale il contributo verrà sospeso;
- ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie ed altre azioni di sollievo, complementari al percorso di assistenza domiciliare definito nel PAI.

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 un altro comune non facente parte del Distretto Roma 4.4 o in un'altra regione.

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.

In caso di ricovero permanente il finanziamento concesso verrà interrotto. L'utente o un suo familiare/delegato è tenuto a dare tempestiva comunicazione dell'avvenuto inserimento in struttura all'Ufficio di Piano del Consorzio "Valle del Tevere", indicando la data dell'inserimento.

Figure professionali:

Nelle more dell'istituzione del Registro degli assistenti alla persona, la funzione di operatore può essere svolta da:

- a) operatori sociosanitari (OSS);
- b) assistenti domiciliari e dei servizi tutelari (ADEST);
- c) operatori socioassistenziali (OSA);
- d) operatori tecnici ausiliari (OTA);
- e) assistenti familiari (DGR 60912007);
- f) persone in possesso del diploma quinquennale professionale nel settore dei servizi sociosanitari.

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

Importo del finanziamento:

Il sostegno economico per la realizzazione dell'intervento di assistenza alla persona (c.d. assegno di cura) di durata annuale, sarà erogato agli aventi diritto fino alla concorrenza delle risorse disponibili in ambito distrettuale.

Potranno essere finanziati Piani Assistenziali da un **minimo di € 800,00 mensili** ad un **massimo di €1.200,00 mensili**.

L'importo sarà determinato a seguito di una valutazione multidisciplinare (sociale e sanitaria) ai fini della presa in carico e della continuità assistenziale, come di seguito meglio specificato.

2) Contributo di Cura – Caregiver

Il Decreto Interministeriale del 26.09.2016 e la L.R. 11/16 prevedono il riconoscimento ed il supporto alla figura del Caregiver familiare.

La legge regionale n. 11/2016, all'art. 26, comma 8, prevede il riconoscimento ed il supporto alla figura del caregiver familiare, quale componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato.

Il Caregiver familiare è 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.

Nella valutazione multidisciplinare, integrata, cui partecipa l'assistente sociale titolare del caso, si riconosce formalmente la figura del caregiver familiare, convivente con la persona assistita, si stabilisce il contributo di cura e le attività richieste allo stesso che concorre all'attuazione delle cure domiciliari previste dal PAI. Il caregiver deve rapportarsi, in modo continuo, con gli altri operatori del sistema dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari professionali e deve confrontarsi costantemente, oltreché con un referente per l'assistenza sanitaria, anche con l'assistente sociale, responsabile del PAI che diventa figura di riferimento per il caregiver.

Il contributo di cura è riconosciuto alla persona in condizione di disabilità gravissima nella **misura di €700,00 mensili** per l'arco temporale di un anno solare dalla data della concessione del contributo.

Il contributo di cura è cumulabile con pensioni, indennità di accompagnamento ed ogni altro assegno riconosciuto a carattere previdenziale e/o assicurativo.

Il contributo non è cumulabile con l'assegno di cura previsto per l'intervento di assistenza alla persona (punto C.2 del DGR 233/2016) e con altri interventi di assistenza, componente sociale, a domicilio già attivi in favore del cittadino e coperti da risorse regionali.

Inoltre, il contributo è compatibile con la fruizione di altri servizi ed interventi quali:

- Interventi di assistenza domiciliare integrata, componente sanitaria;
- Interventi riabilitativi a carattere ambulatoriale e/o domiciliare;
- Ricoveri ospedalieri/riabilitativi per un periodo non superiore a 15 giorni, decorso il quale il contributo verrà sospeso;
- Ricoveri di sollievo in strutture socio-sanitarie ed altre azioni di sollievo, complementari al percorso di assistenza domiciliare definito nel PAI.

Il contributo non è compatibile, o se già attribuito sarà soggetto ad interruzione, 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 o socio-sanitarie;
- Trasferimento della residenza della persona beneficiaria in altro comune non facente parte del Consorzio o in altra Regione.

Il contributo di cura è finalizzato a prevenire e/o contrastare possibili forme di disagio economico derivanti dall'assunzione dell'onere di cura da parte del caregiver che comporta, necessariamente, un cambiamento di condizione e di ruolo professionale a cui, spesso, sono connessi anche importanti risvolti di natura economica per il nucleo familiare.

E' previsto, in tal senso, un budget di € 1.200,00 annui per ciascun utente beneficiario del contributo di cura, che può essere utilizzato per la copertura dei costi relativi all'impiego di personale qualificato per la sostituzione temporanea del caregiver familiare nel caso di:

- interventi di sollievo programmati in fase di definizione ed attuazione del PAI al fine di sostenere il caregiver familiare nella ricerca e nel mantenimento del benessere, dell'equilibrio personale e familiare, per prevenire rischi di malattie da stress fisico-psichico (rischi burnout);
- interventi di sollievo di emergenza (malattia, ricovero, assenza forzata, ecc.) al fine di permettere al caregiver familiare di affrontare nel modo migliore possibile difficoltà o urgenze.

Valutazione multidisciplinare della disabilità gravissima

Ai fini della determinazione della gravità della patologia comportante disabilità gravissima, le linee guida proposte dalla Regione Lazio sottolineano la centralità dell'integrazione socio-sanitaria in tutti i processi che coinvolgono persone in condizioni di disabilità gravissima e, pertanto, ribadiscono la necessità della valutazione multidimensionale dell'utente con disabilità fisica, psichica e sensoriale, ai fini della presa in carico, e la continuità del processo assistenziale attraverso:

- La somministrazione di due test clinici: S.P.M.S.Q. (The Short Portable Mental Status Questionnaire) e la Barthel; stante l'impossibilità da parte della ASL di utilizzare, come previsto dalla Regione Lazio, la S.Va.M.Di., attualmente in fase di sperimentazione;
- La somministrazione della S.Va.M.Di. solamente per quanto concerne la "valutazione sociale" (da pag. 11 a pag. 13);
- La condivisione, da parte dell'U.V.M.D. e del Servizio Sociale competente, del Piano Assistenziale Individuale (P.A.I. – Allegato B) integrato, attivato secondo le modalità di cui all'art. 14 del legge 328/2000 e cioè su istanza dell'interessato.
Tutte le attività, oggetto del P.A.I, dovranno avere una durata massima di un anno solare che decorre: - dalla sottoscrizione del contratto, in caso di assegno di cura; - dalla comunicazione dell'avvio del finanziamento in caso di contributo di cura.

L'accertamento della patologia, determinante la disabilità gravissima, è certificato (Allegato D) dalla struttura sanitaria pubblica, in linea con quanto sancito all'art. 3 del D.M. del 26.09.2016.

Le domande, correlate dalla suddetta documentazione, dovranno essere presentate esclusivamente in uno dei tre Punti Unici di Accesso (PUA) entro il giorno 10 di ogni mese.

Iter di presentazione delle domande

La domanda sarà soggetta al seguente iter procedurale:

- L'utente, o un suo delegato/familiare, potrà recarsi presso uno sportello PUA, oltre che al proprio Servizio Sociale di residenza, dove riceverà tutte le informazioni in merito al presente bando;
- La domanda, completa di tutti gli allegati previsti (A,B,C e D.) dovrà essere consegnata ad uno degli sportelli PUA;
- Gli operatori dei PUA provvederanno ad attivare tutti i servizi, sociali e sanitari, necessari alla valutazione congiunta e provvederanno ad avviare l'Unità Valutativa Multidisciplinare Disabilità (U.V.M.D.) integrata con la componente sociale;

- Il PUA al termine delle procedure di valutazione provvederà ad inviare la domanda, completa dei relativi allegati e della valutazione dell' U.V.M.D, all'Ufficio di Piano del Consorzio il quale procederà all'attivazione dell'intervento;

Determinazione dell'importo dell'Assegno di Cura

Il sostegno economico per la realizzazione dell'intervento di assistenza alla persona (c.d. assegno di cura) di durata annuale, sarà erogato agli aventi diritto fino alla concorrenza delle risorse disponibili in ambito distrettuale, tenendo conto degli importi minimi e massimi di seguito specificati.

L'importo minimo da erogare viene fissato in € 800,00 mensili per ciascun beneficiario. L'importo suindicato può essere graduato fino ad un massimo mensile di € 1.200,00, in sede di definizione del PAI, sulla base dei diversi interventi programmati, del contesto relazionale ed ambientale, del supporto riconducibile alla rete familiare e/o informale esistente, delle condizioni di autonomia finanziaria oggetto di valutazione multidimensionale.

L'importo sarà determinato dalla somma ottenuta a seguito della somministrazione di test clinici e sociali che daranno ciascuno un massimo di punti 30, fino al raggiungimento di punti 60 totali.

Di seguito sono indicate le tre fasce di punteggio con l'importo assegnato:

Punteggio della valutazione	Importo mensile finanziato
Da 0/60 a 20/60	€ 800,00
Da 21/60 a 40/60	€ 1.000,00
Da 41/60 a 60/60	€ 1.200,00

In caso di concessione dell' Assegno di cura l'utente o suo familiare/delegato dovrà presentare al proprio Servizio Sociale, entro e non oltre 15 giorni dalla comunicazione del riconoscimento dell'intervento il contratto di lavoro con soggetti privati o convenzione con enti di Terzo Settore o Cooperative Sociali, ai fini dell'attivazione del Piano Assistenziale Individualizzato. Il Servizio Sociale competente provvederà, entro 5 giorni dalla ricezione, a trasmettere all'Ufficio di Piano la documentazione ricevuta.

Utenti attualmente beneficiari di interventi ex DGR 239/13

Agli utenti che attualmente sono beneficiari di assegni di cura finalizzati ad interventi di sostegno in favore di persone con disabilità gravissime ex D.G.R. 239/13 "Linee guida per la gestione degli interventi socio-assistenziali in favore di persone con disabilità gravissime ai sensi del D.M. 20 marzo 2013 concernente il Fondo per le non autosufficienza anno 2013" e che presenteranno domanda per il finanziamento degli interventi previsti dal presente Avviso, sarà garantita la continuità del servizio in essere nelle more dell'espletamento delle procedure previste dall'Avviso Pubblico.

Modalità di erogazione dei rimborsi

Il rimborso delle spese sostenute dal beneficiario, che in nessun caso potranno superare l'importo del progetto assistenziale predisposto dai servizi sociali, sarà erogato con cadenza trimestrale, sulla base della rendicontazione, da presentarsi entro il 5 del mese successivo al trimestre di riferimento al servizio sociale del proprio comune di residenza:

per l'Assegno di Cura: l'utente o un suo familiare/delegato dovrà presentare, con cadenza trimestrale, la documentazione attestante le spese sostenute (busta paga, fattura dell'ente assistenziale) al Servizio Sociale del proprio Comune di residenza.

Il Servizio Sociale provvederà, entro 15 giorni dalla ricezione, all'elaborazione di una relazione sull'andamento dell'intervento redatta dall'Assistente Sociale e a trasmettere

tutta la documentazione (spese sostenute + relazione tecnica) all'Ufficio di Piano del Consorzio Valle del Tevere.

Saranno rimborsate le sole spese sostenute per l'assistenza.

per il Contributo di Cura – Caregiver: Il Servizio Sociale provvederà, con cadenza trimestrale, all'elaborazione di una relazione, redatta a cura dell'Assistente Sociale e dopo aver svolto almeno una visita domiciliare e un colloquio con il Caregiver familiare, sull'andamento dell'intervento e sulla sua corrispondenza con il P.A.I. specificando eventuali modifiche ritenute necessarie rispetto alla valutazione iniziale e certificando la continuità della figura del Caregiver familiare. Tale relazione dovrà poi essere trasmessa all'Ufficio di Piano del Consorzio Valle del Tevere.

Per la liquidazione del contributo di € 1.200,00 annui, utilizzati per la copertura dei costi relativi all'impiego di personale qualificato, o per la sostituzione temporanea del caregiver familiare, si procederà solo a seguito della ricezione della documentazione attestante il regolare contratto di lavoro, attestato di qualifica professionale, contratto con Ente del Terzo Settore e la ricevuta di pagamento avvenuto attraverso bonifico bancario (intestato al lavoratore/trice o all'Ente). Nel caso di ricovero presso struttura sanitaria, la cui retta non è a totale carico del SSN, si provvederà a liquidare l'importo alla ricezione della fattura rilasciata dalla struttura al cui interno dovrà essere specificata data di ingresso e data di dimissioni. Si specifica che in questo ultimo caso il pagamento sarà a rimborso delle spese sostenute dai familiari o dallo stesso utente.

Termini e presentazione delle domande

I modelli per le domande (Allegato A), che avranno valore di autocertificazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, sono a disposizione presso:

- L'Ufficio Servizi Sociali del Comune di Residenza (titolari del caso e preposti alla presa in carico dell'utente);
- Punto Unico di Accesso (PUA) nella sede Asl di Campagnano di Roma, Via Adriano I n. 8, tel. 06/96669769 nei giorni di martedì dalle ore 08:00 alle ore 13:00;
- Punto Unico di Accesso (PUA) nella sede del Comune di Civitella San Paolo, Piazza Santa Maria, 16, tel. 0765/335121 nei giorni di mercoledì dalle ore 14:00 alle ore 17:00;
- Punto Unico di Accesso (PUA) nella sede del Comune di Rignano Flaminio, Piazza IV Novembre n. 1, tel. 0761/597940 nei giorni di lunedì dalle ore 8:00 alle ore 13:00;
- Punto Unico di Accesso (PUA) nella sede del Comune di Capena, via Don Minzoni n. 6, tel. 06/90376038 nei giorni di martedì dalle ore 8:00 alle ore 13:00;
- Scaricabili sul sito istituzionale del Comune di Formello www.comune.formello.rm.it;
- Prossimamente scaricabili sul sito istituzionale del Consorzio www.consorziovalledeltevere.it

Alla domanda, compilata in tutte le sue parti, dovrà essere allegata la seguente documentazione:

- Copia fronte/retro documento di identità in corso di validità dell'utente e del richiedente;
- Copia del verbale di invalidità civile 100%;
- Copia del verbale Legge 104/92 art. 3 comma 3;
- Copia indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18 del 11.02.1980, o dichiarazione di non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n.159 del 2013;
- Certificazione del medico di base nel quale siano specificate tutte le patologie di cui è affetto il paziente;
- Estremi bancari su cui effettuare l'accredito del contributo (Allegato C);

- Certificazione di una struttura sanitaria pubblica attestante l'accertamento della patologia determinante la condizione di disabilità gravissima, così come del grado di non autosufficienza/gravità (come da schema riportato nell'allegato D);
- Copia di eventuale decreto di nomina di tutela, di curatela o di amministrazione di sostegno;
- PAI redatto dal Servizio Sociale competente e sottoscritto anche dall'utente (ALL B);

Casi particolari

E' data facoltà, ai soli utenti che saranno beneficiari dell'intervento "Assegno di Cura", di poter richiedere una rivalutazione da parte dell'U.V.M.D. a seguito di aggravamento delle condizioni di salute dell'utente, tali da modificare la valutazione iniziale e quindi l'importo economico a lui assegnato.

Eventuali modifiche alle modalità di erogazione dell'intervento, rispetto a quelle previste, dovranno essere comunicate e concordate anticipatamente sia con il Servizio Sociale competente sia con l'Ufficio di Piano del Consorzio Valle del Tevere.

Informazioni procedurali

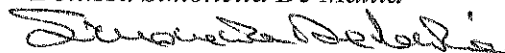
Per informazioni e chiarimenti riguardo al presente avviso contattare l'Ufficio di Piano del Consorzio "Valle del Tevere", tel. 06/90194606-607-608 nei giorni di martedì, mercoledì e giovedì, ore 09:00/12:00, e martedì e giovedì ore 15:00/17:00 – e-mail ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it, e presso i Punti Unici di Accesso (PUA) nelle sedi sopra elencate.

Il Responsabile del Procedimento è la Dott.ssa Simonetta De Mattia, Direttore del Consorzio Valle del Tevere, tel. 06 90194606/607/608 Fax 06 9089577

E-mail direttore@consorziovalledeltevere.it

Il Direttore

Dott.ssa Simonetta De Mattia



ALLEGATO A

AL CONSORZIO VALLE DEL TEVERE
Ufficio Piano di Zona
PIAZZA S. LORENZO, 8
00060 FORMELLO RM

**DOMANDA PER L'AVVIO DELL'ITER DI VALUTAZIONE
PER LA CONCESSIONE DI UN FINANZIAMENTO FINALIZZATO AD
INTERVENTI DOMICILIARI IN FAVORE DI PERSONE NON
AUTOSUFFICIENTI CON DISABILITA' GRAVISSIMA**

Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a a _____

Prov. _____ il _____ Residente in _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ Telefono _____

Cell. _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____

ovvero in qualità di

- familiare
- tutore (decreto Tribunale di _____ n. _____)
- amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di _____ n. _____)
- altro (specificare: _____)

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____ Residente in _____

Prov. _____ Via _____ n. _____ Telefono _____

Cell. _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

- Assegnazione dell' "Assegno di cura" quale contributo economico finalizzato all'acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia;
- Assegnazione del "Contributo di cura" quale contributo economico per il riconoscimento ed il supporto alla figura del caregiver.

DATI RIFERITI AL CAREGIVER

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____ residente in _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ Telefono _____

Cell. _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____

Grado di parentela (rispetto al beneficiario) _____

Convivente: [sì] [no]

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D. Lgs. 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 Decreto Legislativo

DICHIARA

di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste, di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

DICHIARA altresì

- che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura sociosanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione al Servizio Sociale del proprio comune di residenza e all'Ufficio di Piano del Consorzio in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 15 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.

Allega alla presente domanda

- Copia fronte/retro documento di identità in corso di validità dell'utente e del richiedente;
- Copia del verbale di invalidità civile 100%;
- Copia del verbale Legge 104/92 art. 3 comma 3;
- Copia indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18 del 11.02.1980, o dichiarazione di non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n.159 del 2013;
- Certificazione del medico di base nel quale siano specificate tutte le patologie di cui è affetto il paziente;
- Estremi bancari su cui effettuare l'accredito del contributo (Allegato C);

- Certificazione di una struttura sanitaria pubblica attestante l'accertamento della patologia determinante la condizione di disabilità gravissima, così come del grado di non autosufficienza/gravità (come da schema riportato nell'allegato D);
- Copia di eventuale decreto di nomina di tutela, di curatela o di amministrazione di sostegno;
- PAI redatto dal Servizio Sociale competente e sottoscritto anche dall'utente (ALL B);

INFORMATIVA PRIVACY

Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; 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 di Piano del Consorzio.

Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è il Consorzio Valle del Tevere.
Incaricato del trattamento dei dati è il personale dell'Ufficio di Piano.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 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 all'Avviso pubblico di cui all'oggetto

Data _____

Firma

ALLEGATO B

**PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (P.A.I.) IN FAVORE DI
PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI CON DISABILITÀ GRAVISSIMA AI
SENSI DEL DECRETO INTERMINISTERIALE 26.09.2016**

Comune di _____

Cognome _____ Nome _____

PROGETTO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO

Tenuto conto delle condizioni di vita dell'utente e considerati eventuali interventi già attivati in suo favore, si formula la seguente proposta:

Obiettivi

generali: _____

specifici: _____

Azioni, Attività e Interventi da avviare

- Assistenza domiciliare (aiuto e igiene della persona; aiuto nella cura e igiene delle cose personali, disbrigo pratiche; preparazione pasti; sostegno alla famiglia per il carico assistenziale ed ogni altra attività di assistenza tutelare e personale, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio ed ogni altro servizio/intervento previsto dal D.M. 20 marzo 2013);

Altre attività: _____

Per i pazienti che beneficiano già di servizi di assistenza domiciliare, erogati con risorse regionali, specificare l'incremento a cosa è dovuto e come verranno impegnate le risorse assegnate: _____

Previsione di interventi di sollievo (barrare se previsti e solo per i Contributi di Cura – Caregiver)

- Interventi di sollievo programmati;
- Interventi di sollievo di emergenza.

Data _____

Firma Utente

Firma Operatore

Ai sensi del D. Lgs. 30/06/2003, n. 196, autorizza il trattamento dei dati personali forniti per le finalità previste nel presente documento.

Data _____

Firma Utente

ALLEGATO C

AL CONSORZIO VALLE DEL TEVERE
Ufficio Piano di Zona
PIAZZA S. LORENZO, 8
00060 FORMELLO RM

OGGETTO: Comunicazione estremi bancari.

Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a a _____

Prov. _____ il _____ Residente in _____

Prov. _____ Via _____ n. _____

Telefono _____ Cell. _____

e-mail _____ Codice

Fiscale _____

ovvero in qualità di

- familiare
- tutore (decreto Tribunale di _____ n. _____)
- amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di _____ n. _____)
- altro (specificare: _____)

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____ Residente in _____

Prov. _____ Via _____ n. _____

Telefono _____ Cell. _____

e-mail _____ Codice Fiscale _____

in caso di concessione del finanziamento di cui all'oggetto chiede che il contributo sia erogato mediante bonifico bancario e a tal fine ne comunica gli estremi:

Banca:

Codice IBAN: _____

Dichiara di conoscere ed accettare le modalità di erogazione previste dall'avviso pubblico.

Data _____

Firma _____

ALLEGATO D

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

Con la presente si certifica che il/la

paziente _____

nato/a _____ il _____ residente a _____

in via _____ n. _____ da me visitato in data

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

_____.

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

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

Data _____

(Timbro e firma del medico)

Glasgow Coma Scale (GCS)

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

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

Lo stimolo algogeno appropriato e standardizzato è costituito dalla compressione del letto ungueale,

oppure da un forte pizzicamento del cucullare o infine da una pressione sullo sterno con le nocche delle dita.

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

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

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

ALLEGATO D

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI
DIPENDENZA DA VENTILAZIONE MECCANICA**

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

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

Data _____

(Timbro e firma del medico)

ALLEGATO D

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI
STATO DI DEMENZA**

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

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

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

Data _____

(Timbro e firma del medico)

Clinical Dementia Rating Scale (CDR) estesa (*Articolo 3, comma 2, lettera d*)
Hughes, C. P., Berg, L., Danziger, W. L., et al (1982) A new clinical scale for the staging of dementia.
British Journal of Psychiatry, 140, 566-572

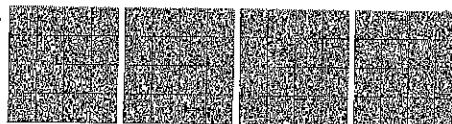
	NORMALE CDR 0	DEMENTIA DUBBIA CDR 0.5	DEMENTIA LIEVE CDR 1	DEMENTIA MODERATA CDR 2	DEMENTIA GRAVE CDR 3
Memoria	Memoria adeguata o smemoratezza occasionale	Lieve smemoratezza permanente; parziale rievocazione di eventi	Perdita memoria modesta per eventi recenti; interferenza attività quotidiane	Perdita memoria severa; materiale nuovo perso rapidamente	Perdita memoria grave; rimangono alcuni frammenti
Orientamento	Perfettamente orientato		Alcune difficoltà nel tempo; possibile disorientamento topografico	Usualmente disorientamento temporale, spesso spaziale	Orientamento solo personale
Giudizio soluzione problemi	Risolve bene i problemi giornalieri; giudizio adeguato rispetto al passato	Dubbia compromissione nella soluzione di problemi; analogie differenze	Difficoltà moderate; esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale adeguato	Difficoltà severa; esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale compromesso	Incapace di dare giudizi o di risolvere problemi
Attività sociali	Attività indipendente e livelli usuali ne lavoro, acquisti, pratiche burocratiche	Solo dubbia compromissione nelle attività descritte	Incapace di compiere indipendentemente le attività, ad esclusione di attività facili	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. In grado di essere portato fuori casa	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. Non in grado di uscire
Casa e hobbies	Vita domestica e interessi intellettuali conservati	Vita domestica e interessi intellettuali lievemente compromessi	Lieve ma sensibile compromissione della vita domestica; abbandono hobbies ed interessi	Interessi ridotti, non sostenuti, vita domestica ridotta a funzioni semplici	Nessuna funzionalità fuori dalla propria camera
Cura personale	Interamente capace di curarsi della propria persona	Richiede facilitazione	Richiede aiuto per vestirsi, igiene, utilizzazione effetti personali	Richiede molta assistenza per cura personale; non incontinenza urinaria	Richiede molta assistenza per cura personale; incontinenza urinaria

CDR 4: DEMENZA MOLTO GRAVE

Il paziente presenta severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da solo, nel controllare la funzione intestinale o vescicale.

CDR 5: DEMENZA TERMINALE

Il paziente richiede assistenza totale perché completamente incapace di comunicare, in stato vegetativo, allettato, incontinente.



ALLEGATO D

CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI LESIONI SPINALI FRA C0 E C5

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

ASIA Scale (AIS)

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

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

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

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

Data _____

(Timbro e firma del medico)

ALLEGATO D

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI
GRAVISSIMA COMPROMISSIONE MOTORIA DA PATOLOGIA
NEUROLOGICA O MUSCOLARE**

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

MEDICAL RESEARCH COUNVIL (MRC).

Braccio destro: ___/5

Braccio sinistro: ___/5

Gamba destra: ___/5

Gamba sinistra: ___/5

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

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

Data _____

(Timbro e firma del medico)

ALLEGATO D

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI
DEPRIVAZIONE SENSORIALE COMPLESSA**

Con la presente si certifica che il/la
paziente _____
nato/a _____ il _____ residente a _____
in via _____ n. _____ da me visitato in data
_____ ha una copresenza di minorazione visiva e ipoacusia.

Residuo visivo occhio destro: ____/20

Residuo visivo occhio sinistro: ____/20

Residuo perimetrico binoculare: ____%

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

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

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

Data _____

(Timbro e firma del medico)

ALLEGATO D

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI
SPETTRO AUTISTICO**

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

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

Data _____

(Timbro e firma del medico)

ALLEGATO D

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

Con la presente si certifica che il/la
paziente _____
nato/a _____ il _____ residente a _____
in via _____ n. _____ da me visitato in data
_____ è affetto da un ritardo mentale grave o profondo secondo la
classificazione del DSM-5 con un QI pari a _____ e un punteggio nella scala
LAPMEL pari a _____

Si allega la il test LAPMEL.

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

Data _____

(Timbro e firma del medico)

LEVEL OF ACTIVITY IN PROFOUND/SEVERE MENTAL RETARDATION

Area	Risposta	Punti
Alimentazione	Viene alimentato, cibo di consistenza modificata	0
	Viene alimentato, cibo di consistenza ordinaria	1
	Porta il cibo alla bocca (con o senza supervisione o assistenza)	2
Area	Risposta	Punti
Controllo Sfinteri	Non riesce a segnalare necessità di evacuazione né eventuali perdite (vescicali o intestinali)	0
	Riesce a segnalare necessità di evacuazione o eventuali perdite (vescicali o intestinali)	1
Area	Risposta	Punti
Comunicazione	Riesce a segnalare alcuni bisogni, attraverso un comportamento aspecifico o stereotipato	0
	Riesce a segnalare alcuni bisogni identificabili da comportamenti specifici	1
	Comunica verbalmente i suoi bisogni	2
Area	Risposta	Punti
Manipolazione	Assente, oppure azione di afferramento	0
	Afferramento palmare spontaneo	1
	Utilizza la pinza pollice-indice	2
Area	Risposta	Punti
Vestizione	Passiva	0
	Si sforza di dare una qualche collaborazione	1
Area	Risposta	Punti
Locomozione	Stazionario sulla sedia/poltrona/letto	0
	Si trasferisce nell'ambiente	1
Area	Risposta	Punti
Orientamento nello spazio	Non orientato	0
	Orientato solo in ambienti conosciuti	1
	Orientato negli spazi a lui non conosciuti	2
Area	Risposta	Punti
Prassi	Nessuna prassia, oppure movimenti afinalistici e stereotipati	0
	Realizza prodotti plastici o grafici (incastra, connette, plasma e colora) oppure pilota una carrozzina manualmente	1
	Disegna o pilota una carrozzina elettrica	2