AVVISO PUBBLICO
INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISABILITA' GRAVISSIMA

Vista la legge regionale 23 novembre 2006, n. 20 "Istituzione Fondo Regionale per la Non Autosufficienza";
Vista la legge regionale 10 agosto 2016, n. 11 "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio";
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 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, con cui si provvede al riparto delle risorse per l'anno 2016 del Fondo per la non autosufficienza, e alla definizione delle condizioni mediche che descrivono la disabilità gravissima;
Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 21 novembre 2019, registrato alla Corte dei Conti in data 14 gennaio 2020, di riparto del Fondo nazionale per le non autosufficienze (FNA) e di approvazione del Piano per la non autosufficienza 2019 – 2021 che assegna, alla Regione Lazio, l'importo complessivo di euro 52.275.840,00 quale quota del FNA 2019 da destinare alla realizzazione delle prestazioni, degli interventi e dei servizi assistenziali di cui all'art. 2, del D.M. 26 settembre 2016;
Vista la deliberazione di Giunta Regionale del 3 maggio 2016, n. 223, come successivamente modificata ed integrata dalla DGR 88/2017, che ha introdotto una disciplina sistematica ed omogenea dei servizi e degli interventi sociali di assistenza alla persona e, in particolare, l'Allegato alla stessa, punti B.1 e C.2, disciplinanti le diverse modalità di organizzazione ed erogazione;
Vista la deliberazione della Regione Lazio n. 104 del 07/03/2017 concernente la disposizione delle linee guida operative per le prestazioni assistenziali, componente sociale, in favore delle persone in condizione di disabilità gravissima;
Vista la deliberazione della Regione Lazio n. 430 del 28/06/2019 concernente l'aggiornamento delle linee guida operative regionali in favore delle persone non autosufficienti, in condizioni di disabilità gravissima, ai sensi del decreto interministeriale 26 settembre 2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali;
Vista la Deliberazione della Regione Lazio n. 395 del 23/06/2020 concernente l'aggiornamento delle linee guida regionali per la programmazione territoriale delle prestazioni assistenziali domiciliari in favore degli utenti in condizione di disabilità gravissima;
Vista la Deliberazione della Regione Lazio n.341/2021 recante "Linee guida regionali per il riconoscimento del caregiver familiare, la valorizzazione sociale del ruolo e la promozione di interventi di sostegno";
Vista la Determina G09503 del 14.07.2021 che assegna al Consorzio Valle del Tevere la somma di € 88.887,44 per la programmazione di azioni ed interventi di sostegno al ruolo di cura ed assistenza del caregiver familiare come definito dall'art. 1, comma 254, della Legge 205/2017;
Vista la Deliberazione della Regione Lazio n. 897 del 09.12.2021 concernente l'aggiornamento delle linee guida regionali per la programmazione territoriale delle prestazioni assistenziali domiciliari in favore degli utenti in condizione di disabilità gravissima;
Ritenuto, nelle more dell'assegnazione delle risorse da parte della Regione Lazio, procedere alla indizione dell'avviso pubblico per le finalità trattate, al fine di garantire la continuità dei servizi;
Atteso che l'erogazione dei contributi e degli assegni di cura sarà possibile a seguito della liquidazione delle risorse da parte della Regione Lazio;

SI RENDE NOTO

che in applicazione della normativa sopracitata, possono presentare istanza per la concessione di:

- un assegno/contributo di cura;
- interventi di assistenza domiciliare diretta;
- sostegno economico a supporto del pagamento di interventi complementari;

le persone affette da disabilità gravissima (o chi ne ha la rappresentanza legale degli interessi), residenti sul territorio del Distretto Socio-Sanitario Roma 4.4, secondo modalità e tempistiche di seguito specificate,

DESTINATARI

I destinatari degli interventi di cui al presente Avviso sono le persone con gravissima disabilità, residenti in uno dei comuni afferenti al Consorzio Valle del Tevere (Distretto Socio-Sanitario Roma 4.4), che necessitano di un sostegno intenso ed integrato a livello domiciliare per assicurare le funzioni vitali (respirazione, nutrizione, evacuazione/minzione), le funzioni primarie (cura del sé come alzarsi, lavarsi, muoversi nello spazio circostante …), la vita di relazione (cura e gestione dell'ambiente di vita).

Le persone in condizione di disabilità gravissima, non autosufficienti e/o in condizione di dipendenza vitale, ivi comprese quelle affette da sclerosi laterale amiotrofica o da forma grave di Alzheimer, sono definite in maniera dettagliata dall'art.3 del Decreto Interministeriale 26 settembre 2016, il quale al comma 2 recita:

"Per persone in condizione di disabilità gravissima, ai soli fini del presente decreto, si intendono ***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.

La valutazione della condizione di disabilità gravissima, di cui al comma 2 lettere a), c), d), e), e h), sarà effettuata attraverso le scale di misurazione di cui all'All. C, del presente Avviso.
L''individuazione delle altre persone in condizione di dipendenza vitale, di cui al comma 2 lettera i), sarà effettuata attraverso le scale di misurazione di cui all'All. D, del presente Avviso.

Nel caso la condizione di cui al comma 2, lettere a) e d), sia determinata 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 dalle regioni ai sensi del presente articolo, in presenza di una diagnosi medica di patologia o menomazione da parte dello specialista di riferimento che accompagni il rilievo funzionale.

Sono inoltre riconducibili nella definizione di disabilità gravissima le persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e le persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette da morbo di Alzheimer in tale condizione, ai sensi del DPCM 21 novembre 2019, all'art.2 comma 6.

Finalità generali e tipologie di prestazioni ammesse al finanziamento

Il presente Avviso Pubblico prevede l'attivazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata di servizi sociosanitari. Le aree di intervento prioritarie sono:

A. **ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA**: supporto di tipo economico per l'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliare nelle forme individuate dalle Regioni o per la fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato previsto dal PAI (assegno di cura o contributo di cura);
B. **ASSISTENZA DOMICILIARE DIRETTA**: incremento delle ore di assistenza domiciliare, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, secondo il (PAI) Piano Assistenziale Individuale **(per gli utenti che già usufruiscono del servizio di assistenza domiciliare distrettuale);**
C. **INTERVENTI COMPLEMENTARI ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE EROGATA DAL CAREGIVER FAMILIARE (DGR 341/2021)**: interventi di sollievo e sostegno destinati al caregiver familiare, riconosciuto formalmente nell'ambito del PAI della persona con disabilità, che possono riguardare attività informative e formative per il caregiver;

sostituzioni programmate e/o in emergenza; attività di supporto pratico; sostegno emotivo e/o relazionale individuale e/o di gruppo;

D. **INTERVENTI COMPLEMENTARI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA SLA** (Sclerosi Laterale Amiotrofica).

DESCRIZIONE TIPOLOGIE DI INTERVENTO

A) ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA

A1) *ASSEGNO DI CURA*

L'intervento di assistenza domiciliare si attiva, su domanda dell'interessato o di chi ha la rappresentanza legale degli interessi, con il riconoscimento di un contributo economico denominato "assegno di cura", destinato all'acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla sua famiglia.

Si richiamano a tal proposito le prescrizioni di cui al punto C.2 dell'Allegato alla DGR 223/2016 e s.m.i., concernenti le figure professionali, la tipologia di prestazioni, l'istituzione del Registro degli Assistenti alla persona.

Il sostegno di natura economica concesso dal soggetto pubblico competente (ambito territoriale) è finalizzato a compensare, in modo totale o parziale, le spese da sostenere per l'acquisto 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.

Le risorse sono finalizzate alla copertura dei *costi di rilevanza sociale* dell'assistenza sociosanitaria, pertanto sono aggiuntive e complementari rispetto a quelle sanitarie.

Tale misura economica, essendo ancorata ad un bisogno di sostegno inteso come assistenza personale, non è assimilabile all'indennità di accompagnamento o ad altre prestazioni di invalidità civile concesse in base al solo accertamento medico – legale ed è, pertanto, cumulabile ad esse.

L'assegno di cura ***non è cumulabile*** con altri interventi di assistenza sociale domiciliare, già attivi in favore del cittadino e coperti da risorse regionali, a meno che le due tipologie di intervento siano complessivamente necessarie a coprire il fabbisogno assistenziale globale dell'utente valutato in sede di predisposizione del PAI o comunque trattasi di servizi socioassistenziali o contributi per l'acquisizione di prestazioni socioassistenziali i cui oneri gravino su fondi non destinati alla disabilità gravissima.

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

- interventi di assistenza domiciliare integrata, componente sanitaria;
- interventi riabilitativi a carattere ambulatoriale e/o domiciliare e semiresidenziali;
- ricoveri ospedalieri/riabilitativi per un periodo non superiore ai 30 giorni, decorso il quale il contributo verrà sospeso;
- interventi, a partire da ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie, complementari al percorso di assistenza domiciliare definito nel PAI.

In questi casi sarà cura della famiglia comunicare tempestivamente all'Ufficio di Piano del Consorzio la data di ricovero e la data di dimissioni, pena la restituzione di quanto indebitamente percepito.

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 sociosanitarie. **In questo caso sarà cura della famiglia comunicare tempestivamente all'Ufficio di Piano del Consorzio il ricovero, pena la restituzione di quanto indebitamente percepito.**

In caso di trasferimento della residenza della persona beneficiaria dell'assegno di cura in altro Distretto Sociosanitario, l'erogazione del beneficio è garantita per un periodo massimo di 6 mesi a decorrere dalla domanda di cambio di residenza, sia in caso di mantenimento del contratto di lavoro in corso che di sottoscrizione di nuovo contratto. 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 dal nuovo Distretto di residenza.
Con riferimento ai minori in età evolutiva 0-12 anni con disturbi dello spettro autistico rientranti nella condizione di disabilità gravissima, l'assegno di cura è compatibile con l'erogazione della specifica misura di sostegno alle famiglie prevista dalla L.R. 7/2018 e dal regolamento regionale attuativo n. 1/2019 e s.m.i.

L'assegno di cura è riconosciuto:
- per gli utenti già beneficiari della misura in oggetto, in continuità, previa rivalutazione dell'importo sulla base dei nuovi criteri di attribuzione;
- per i nuovi utenti, a decorrere dalla data in cui il Consorzio dispone delle risorse necessarie a soddisfare la singola domanda, con accesso progressivo alla misura di sostegno secondo l'ordine cronologico di presentazione della stessa;
- per gli utenti aventi diritto in lista d'attesa, a decorrere dalla data in cui il Consorzio dispone delle risorse necessarie a soddisfare la singola domanda, con accesso progressivo alla misura di sostegno secondo l'ordine cronologico di presentazione.

L'assegno di cura sarà rimborsato con cadenza mensile, a seguito della presentazione della rendicontazione delle spese sostenute, comprensiva delle fatture del mese relativo alla richiesta di rimborso.

IMPORTO DELL'ASSEGNO DI CURA

L'**importo** dell'assegno di cura per gli utenti in condizione di disabilità gravissima, finalizzato all'acquisizione di prestazioni assistenziali da parte di un operatore accreditato ai sensi della DGR 223/2016 e DGR 88/2017, è compreso tra un **minimo di € 500,00 ed un massimo di € 800,00 mensili, per 12 mensilità.**

La misura di sostegno può essere graduata in funzione dell'ISEE sociosanitario e della compresenza di altri servizi/prestazioni socioassistenziali già attivi in favore dell'utente, come meglio specificato nelle tabelle di seguito riportate:

Servizi socioassistenziali compresenti rispetto al beneficio riconosciuto all'utente in condizione di disabilità gravissima	**Punteggio di riferimento da attribuire a ciascuna tipologia di servizio prevista nel PAI dell'utente**
Nessun servizio	4
Compresenza di almeno 1 (uno) dei seguenti servizi: - Assistenza domiciliare fino a 12 ore settimanali; - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a € 300,00	3,5
Compresenza di almeno 1 (uno) dei seguenti servizi: - Assistenza domiciliare tra le 13 e le 18 ore settimanali; - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a € 450,00; - 1 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale	3
Compresenza di almeno 1 (uno) dei seguenti servizi: - Assistenza domiciliare tra le 19 e le 24 ore settimanali; - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a € 600,00; - 2 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale	2,5
Compresenza di almeno 1 (uno) dei seguenti servizi: - Assistenza domiciliare tra le 25 e le 30 ore settimanali; - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a € 750,00; - 3 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale	2
Compresenza di almeno 1 (uno) dei seguenti servizi: - Assistenza domiciliare maggiore di 30 ore settimanali; - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza maggiori di € 900,00; - 4 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale; - Fino a 2 gg./settimana di frequenza in un laboratorio	1,5
Compresenza di almeno 1 (uno) dei seguenti servizi: - 5 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale; - Almeno 3 gg/settimana di frequenza di un laboratorio	1

Specifica:

- nel caso che l'utente già usufruisca di più servizi tra quelli richiamati in tabella di cui sopra, in misura riferibile a riquadri differenti, si applica il punteggio inferiore;
- nel caso che gli stessi siano riferibili allo stesso riquadro, il punteggio assegnato verrà diminuito di mezzo punto rispetto a quanto previsto.

FASCIA ISEE SOCIOSANITARIO	PUNTEGGIO
< 13.000 euro	6
< 25.000 euro	5
< 35.000 euro	4
< 45.000 euro	3
< 55.000 euro	2
< 65.000 euro	1
> 65.000 euro	0

Nel caso di utenti minori, il punteggio risultante dalla tabella ISEE è aumentato di:

- punti 2, per ISEE inferiori a 35.000 euro;
- punti 1, per ISEE compresi tra 35.000 e 65.000 euro;
- punto 0, per ISEE maggiori di 65.000 euro.

La tabella corrispondente (punteggio ISEE) è così integrata:

FASCIA ISEE SOCIOSANITARIO	**PUNTEGGIO PER ISEE/UTENTE ADULTO**	**PUNTEGGIO AGGIUNTIVO PER ISEE/UTENTE MINORE**	**PUNTEGGIO TOTALE MINORE**
< 13.000 euro	6	2	8
< 25.000 euro	5	2	7
< 35.000 euro	4	2	6
< 45.000 euro	3	1	4
< 55.000 euro	2	1	3
< 65.000 euro	1	1	2
> 65.000 euro	0	0	0

TOTALE DEL PUNTEGGIO OTTENUTO A SEGUITO DELL'APPLICAZIONE DEI DUE PARAMETRI: COMPRESENZA SERVIZI/ ISEE SOCIOSANITARIO	**CONTRIBUTO DA EROGARE**
Punteggio compreso tra 1 – 3	€ 500,00
Punteggio compreso tra 4 – 6	€ 600,00
Punteggio compreso tra 7 – 8	€ 700,00
Punteggio compreso tra 9 – 12	€ 800,00

Ne consegue, a titolo di esempio, che agli utenti che non fruiscono di altri servizi/prestazioni e che presentano un ISEE sociosanitario fino a € 25.000,00 viene assegnato un importo di € 800,00.

Soddisfatte le richieste di assistenza di tutti gli aventi diritto, e previa la disponibilità economica in bilancio nella misura di cui trattasi, l'assegno di cura potrà essere rimodulato in aumento, fino ad un massimo di € 200,00 mensili.
In tale ultima ipotesi, a seguito di convocazione dell'UVMD, vi sarà una rimodulazione in relazione alla gravità della compromissione funzionale.

Assegno di cura. L'intervento assistenziale.

L'***assegno di cura*** (art. 25, comma 2, lett. *a* della L.R.11/2016), è un contributo economico finalizzato all'acquisto di ***prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e/o dalla famiglia***.
Tale forma di assistenza riesce ad offrire risposte puntuali e mirate ai bisogni assistenziali espressi e svolge un ruolo complementare rispetto al servizio pubblico di assistenza domiciliare di cui al punto B.1 dell'Allegato alla D.G.R. 223/16.
Per l'attuazione di tale intervento assistenziale è necessario che:
- i soggetti pubblici competenti, nell'ambito degli interventi di integrazione e sostegno sociale, predispongano appositi interventi di carattere economico finalizzati all'assunzione di un assistente alla persona sulla base di un piano personalizzato di assistenza;
- le prestazioni rese dall'assistente siano oggetto di un apposito rapporto di lavoro a norma di legge, nel rispetto degli inquadramenti previsti, con verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia;
- la responsabilità della scelta dell'assistente alla persona, degli obblighi e degli adempimenti derivanti dalla gestione del rapporto di lavoro sia esclusivamente della persona che firma il contratto;
- il beneficiario del finanziamento (o chi ne fa le veci ai sensi di legge) sia consapevole che l'assunzione dell'assistente alla persona è un atto tra privati, che comporta l'impegno a carico del datore di lavoro di assolvere gli adempimenti conseguenti al contratto instaurato, comprensivi del pagamento del corrispettivo e del versamento degli oneri assicurativi e previdenziali.

Nessuna somma potrà essere richiesta al soggetto pubblico competente, oltre agli importi riconosciuti come direttamente e strettamente connessi all'attività di assistenza svolta, in conformità al piano personalizzato di assistenza.
L'Assistente alla persona scelta per prestare lavoro presso il beneficiario dell'assegno di cura deve essere in possesso di una delle seguenti qualifiche:
- operatore sociosanitario (OSS);
- assistente domiciliare e dei servizi tutelari (ADEST);
- operatore socioassistenziale (OSA);
- operatore tecnico ausiliario (OTA);
- assistente familiare (DGR 607/2009);
- 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 socioassistenziali per persone con disabilità e/o per persone anziane, che si iscrivano ad un corso utile al rilascio di uno dei titoli sopra elencati nel rispetto della tempistica prevista.
Il mancato conseguimento del titolo nell'arco temporale indicato fa venir meno l'idoneità allo svolgimento delle funzioni proprie di questa forma di assistenza.

Considerato che il Consorzio "Valle del Tevere" con Determinazione n. 262 del 13.08.2021 ha approvato l'Avviso Pubblico per la formazione di un registro dei "Soggetti gestori dei Servizi alla

Persona" e con Determinazione n. 263 del 13.08.2021 ha approvato l'Avviso Pubblico per la formazione di un registro degli "Assistenti alla Persona", e che gli stessi registri sono in fase di costituzione, si stabilisce un periodo transitorio di **mesi 6** dalla comunicazione di assegnazione del beneficio, per consentire agli operatori e agli Enti di formalizzare l'iscrizione ai registri.
Nel periodo di transizione, pertanto, la scelta dell'operatore o dell'Ente gestore da parte del beneficiario NON è vincolata all'iscrizione degli stessi ai suddetti registri. Tuttavia, nel periodo di transizione è necessario che l'operatore o l'Ente presentino al Consorzio formale richiesta di iscrizione ai registri.

A2) *CAREGIVER E CONTRIBUTO DI CURA*

Il decreto 26 settembre 2016 prevede, all'art. 2 lett. b), che il supporto alla persona non autosufficiente ed alla sua famiglia possa attuarsi anche mediante trasferimenti monetari connessi alla fornitura diretta di servizi e prestazioni di assistenza da parte di familiari e vicinato (figura del caregiver), sulla base del piano personalizzato. Il caregiver 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. La figura del caregiver è quella che, con la persona in condizione di disabilità, intrattiene consolidati e verificati rapporti di cura ed assistenza, anche in assenza di vincoli di natura familiare.
Sulla base di quanto stabilito dalla DGR n. 341 /2021, l'UVMD integrata, cui è rimessa la valutazione multidimensionale del bisogno in sede di definizione del PAI, valuta che il caregiver scelto dall'utente sia in grado di assicurare le attività di cura e di assistenza necessarie.
L'UVMD riconosce formalmente la figura del caregiver, e inquadra le sue attività di assistenza nell'ambito del PAI in una logica di integrazione delle cure alla persona.
Il caregiver deve rapportarsi, in modo continuo, con gli altri operatori del sistema dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari professionali e confrontarsi costantemente con il referente per l'assistenza sanitaria ed il responsabile del PAI.
L'attivazione dell'intervento denominato "contributo di cura" avviene su domanda della persona in condizione di disabilità gravissima o di chi ha la rappresentanza legale della stessa.
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.
Il contributo di cura ***è cumulabile*** con pensioni, indennità di accompagnamento ed ogni altro assegno a carattere previdenziale e/o assicurativo riconosciuto all'utente;
è cumulabile altresì con altri interventi di assistenza sociale domiciliare, già attivi in favore del cittadino e coperti da risorse regionali, qualora trattasi di servizi socioassistenziali o contributi per l'acquisizione di prestazioni socioassistenziali i cui oneri gravino su fondi non destinati alla disabilità gravissima.
Il contributo di cura ***non è cumulabile***, invece, con l'assegno di cura previsto per l'intervento di assistenza alla persona precedentemente descritto.
Il contributo di cura è compatibile con la fruizione di altri servizi ed interventi del complessivo sistema di offerta, da parte dell'utente, quali:
- interventi di assistenza domiciliare integrata, componente sanitaria;
- interventi riabilitativi a carattere ambulatoriale e/o domiciliare e semiresidenziale;
- 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;

- interventi, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitari, complementari al percorso di assistenza domiciliare, o di altre azioni di sostegno individuate nel PAI.

Il contributo 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, sociosanitarie o socioassistenziali;
- trasferimento della residenza da parte dell'utente in altro comune non facente parte del Consorzio.
In questi casi sarà cura della famiglia comunicare all'Ufficio di Piano del Consorzio la data di ricovero e la data di dimissioni, pena la restituzione di quanto indebitamente percepito.

Il contributo di cura è riconosciuto:
- per gli utenti già beneficiari della misura in oggetto, in continuità, previa rivalutazione dell'importo sulla base dei nuovi criteri di attribuzione;
- per i nuovi utenti, a decorrere dalla data in cui il Consorzio dispone delle risorse necessarie a soddisfare la singola domanda, con accesso progressivo alla misura di sostegno secondo l'ordine cronologico di presentazione della stessa;
- per gli utenti aventi diritto in lista d'attesa, a decorrere dalla data in cui il Consorzio dispone delle risorse necessarie a soddisfare la singola domanda, con accesso progressivo alla misura di sostegno secondo l'ordine cronologico di presentazione.

Il contributo sarà erogato con cadenza mensile.

IMPORTO DEL CONTRIBUTO DI CURA

L'importo del "contributo di cura" per gli utenti in condizione di disabilità gravissima, assistiti dal caregiver individuato nel PAI, è compreso tra un **minimo di € 400,00 ed un massimo di € 700,00 mensili, per 12 mensilità.**

La misura di sostegno può essere graduata in funzione dell'ISEE sociosanitario e della compresenza di altri servizi/prestazioni socioassistenziali già attivi in favore dell'utente, come meglio specificato nelle tabelle di seguito riportate:

Servizi socioassistenziali compresenti rispetto al beneficio riconosciuto all'utente in condizione di disabilità gravissima	**Punteggio di riferimento da attribuire a ciascuna tipologia di servizio prevista nel PAI dell'utente**
Nessun servizio	4
Compresenza di almeno 1 (uno) dei seguenti servizi: - Assistenza domiciliare fino a 12 ore settimanali; - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a € 300,00	3,5

Compresenza di almeno 1 (uno) dei seguenti servizi: - Assistenza domiciliare tra le 13 e le 18 ore settimanali; - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a € 450,00; - 1 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale	3
Compresenza di almeno 1 (uno) dei seguenti servizi: - Assistenza domiciliare tra le 19 e le 24 ore settimanali; - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a € 600,00; - 2 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale	2,5
Compresenza di almeno 1 (uno) dei seguenti servizi: - Assistenza domiciliare tra le 25 e le 30 ore settimanali; - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a € 750,00; - 3 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale	2
Compresenza di almeno 1 (uno) dei seguenti servizi: - Assistenza domiciliare maggiore di 30 ore settimanali; - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza maggiori di € 900,00; - 4 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale; - Fino a 2 gg./settimana di frequenza in un laboratorio	1,5
Compresenza di almeno 1 (uno) dei seguenti servizi: - 5 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale; - Almeno 3 gg/settimana di frequenza di un laboratorio	1

Specifica:

- nel caso che l'utente già usufruisca di più servizi tra quelli richiamati in tabella di cui sopra, in misura riferibile a riquadri differenti, si applica il punteggio inferiore;
- nel caso che gli stessi siano riferibili allo stesso riquadro, il punteggio assegnato verrà diminuito di mezzo punto rispetto a quanto previsto.

FASCIA ISEE SOCIOSANITARIO	PUNTEGGIO
< 13.000 euro	6
< 25.000 euro	5
< 35.000 euro	4
< 45.000 euro	3
< 55.000 euro	2
< 65.000 euro	1
> 65.000 euro	0

Nel caso di utenti minori, il punteggio risultante dalla tabella ISEE è aumentato di:

- punti 2, per ISEE inferiori a 35.000 euro;
- punti 1, per ISEE compresi tra 35.000 e 65.000 euro;
- punto 0, per ISEE maggiori di 65.000 euro.

La tabella corrispondente (punteggio ISEE) è così integrata:

FASCIA ISEE SOCIOSANITARIO	**PUNTEGGIO PER ISEE/UTENTE ADULTO**	**PUNTEGGIO AGGIUNTIVO PER ISEE/UTENTE MINORE**	**PUNTEGGIO TOTALE MINORE**
< 13.000 euro	6	2	8
< 25.000 euro	5	2	7
< 35.000 euro	4	2	6
< 45.000 euro	3	1	4
< 55.000 euro	2	1	3
< 65.000 euro	1	1	2
> 65.000 euro	0	0	0

TOTALE DEL PUNTEGGIO OTTENUTO A SEGUITO DELL'APPLICAZIONE DEI DUE PARAMETRI: COMPRESENZA SERVIZI/ ISEE SOCIOSANITARIO	**CONTRIBUTO DA EROGARE**
Punteggio compreso tra 1 – 3	€ 400,00
Punteggio compreso tra 4 – 6	€ 500,00
Punteggio compreso tra 7 – 8	€ 600,00
Punteggio compreso tra 9 – 12	€ 700,00

Ne consegue, a titolo di esempio, che agli utenti che non fruiscono di altri servizi/prestazioni e che presentano un ISEE sociosanitario fino a € 25.000,00 viene assegnato un importo di €700,00.

Soddisfatte le richieste di assistenza di tutti gli aventi diritto, e previa la disponibilità economica in bilancio nella misura di cui trattasi, l'assegno di cura potrà essere rimodulato in aumento, fino ad un massimo di € 200,00 mensili.
In tale ultima ipotesi, a seguito di convocazione dell'UVMD, vi sarà una rimodulazione in relazione alla gravità della compromissione funzionale e alla convivenza del caregiver.

B) ASSISTENZA DOMICILIARE DIRETTA

È possibile richiedere l'attivazione dell'assistenza domiciliare o l'incremento della stessa, qualora sia già attiva, quale intervento prestato da personale qualificato, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza nel domicilio, secondo quanto stabilito nel Piano Assistenziale Individuale.
In questo caso l'assistenza viene fornita direttamente dai soggetti gestori dei servizi alla persona accreditati presso l'ente pubblico di appartenenza, previa scelta del richiedente, e verrà articolata in base alle necessità emerse nella stesura del piano di intervento.
La disciplina operativa, a cui si rimanda integralmente, è dettata dall'Allegato alla DGR 223/2016 e s.m.i., punti B.1, B.1.1, B.1.2 e B.3.

C) INTERVENTI COMPLEMENTARI ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE EROGATA DAL CAREGIVER FAMILIARE (DGR 341/2021):

Per ciascun utente beneficiario del contributo di cura è previsto un importo, da stabilire in base alla disponibilità del Consorzio, che può essere utilizzato per l'attivazione di azioni ed interventi per il sostegno al caregiver familiare, formalmente riconosciuto nella fase di definizione del PAI. Sarà cura del Consorzio definire la programmazione di tali azioni ed interventi, avvalendosi della compilazione della apposita "Scheda caregiver familiare" (All. F) e "Sezione caregiver familiare" (All. G).

Le azioni e gli interventi per il sostegno al caregiver familiare potranno essere scelte tra le seguenti, anche in maniera cumulativa:

1. **Informazione base sulle procedure** per l'accesso alle prestazioni assistenziali offerte dal sistema integrato ed orientamento alle diverse opportunità e misure di sostegno per il "caregiver familiare". Creazione di percorsi agevolati per l'accesso alle informazioni dei caregiver familiari relativamente ai servizi attivati in ambito comunale e distrettuale.

2. **Formazione al "caregiver familiare"** riconosciuto dai servizi per accrescere la consapevolezza del ruolo e facilitare la gestione dello stress e delle situazioni di emergenza. Formazione specifica anche su aspetti tecnici (focali) che consentano al "caregiver familiare" di svolgere, in modo adeguato, le attività di assistenza quotidiana e di autogestirsi tenuto conto della complessità della condizione di disabilità e delle capacità individuali.
   Le iniziative di formazione, individuali e di gruppo, saranno ripetute nel corso del tempo.

3. **Riconoscimento delle competenze**: le competenze maturate dal caregiver familiare durante il percorso di cura ed assistenza alla persona con disabilità o non autosufficiente, possono essere valutate, a richiesta della persona interessata, ai fini del riconoscimento di crediti formativi di frequenza nell'ambito di percorsi formali, finalizzati all'acquisizione di competenze o dell'attestato di qualifica relativo a profili presenti nel Repertorio regionale.
   Le competenze possono altresì essere valutate nell'ambito dei servizi di individuazione/validazione, ai fini della certificazione delle competenze, nel rispetto delle disposizioni nazionali e regionali vigenti.

4. **Sollievo programmato**
   - accoglienza temporanea dell'assistito in struttura residenziale o semi-residenziale;
   - sollievo a domicilio per consentire al caregiver familiare momenti di pausa, anche rimanendo nel proprio domicilio;

- sostituzioni domiciliari di sollievo in casi di assenza prolungata del caregiver familiare per motivi clinici o in situazioni di particolare necessità rimesse alla valutazione esclusiva dei competenti servizi territoriali.

5. **Sollievo in emergenza**
   - supporto nelle situazioni di temporanea impossibilità ad assistere il familiare per malattia o altri eventi non programmabili (es. sostituzione con operatori professionali);
   - servizi di teleassistenza o altre forme di supporto a distanza per aiutare, su richiesta, il "caregiver familiare" nella gestione di emergenza e criticità;
   - supporto in caso di ricovero per malattia della persona assistita (specie se minore di età).
   L'intervento di sollievo di emergenza dovrà essere attivato entro le 48 ore successive alla richiesta.

6. **Ascolto e supporto psicologico relazionale** attraverso la programmazione di incontri, individuali o di gruppo, a cadenza periodica, per offrire al "caregiver familiare" ascolto, consulenza psicologica e, ove necessario, attivazione di percorsi psicoterapeutici di sostegno mirato sulla base della valutazione del burden.

7. **Sostegno di gruppo:**
   - iniziative di auto mutuo aiuto per favorire la condivisione, l'aiuto tra "pari", la solidarietà tra persone che vivono la stessa esperienza, l'empowerment;
   - iniziative per contrastare l'isolamento sociale (momenti ricreativi, vacanze, week end sollievo);
   - iniziative di promozione del benessere fisico e mentale (es. gruppi di cammino);
   - iniziative legate a specifiche patologie che, per la loro complessità, comportano un maggiore impatto (es. caffè Alzheimer).

Le azioni e gli interventi sopra descritti costituiscono il ventaglio di risposte istituzionali da attivare a tutela del benessere psico fisico del "caregiver familiare" riconosciuto. Le stesse andranno personalizzate in base alla valutazione multidimensionale dei bisogni personali e, nella priorità e nella graduazione, avrà rilievo il carico assistenziale sostenuto (intensità, durata, situazione familiare, professionale ecc.), tenendo in particolare considerazione la situazione del caregiver convivente per una lunga durata con la persona con disabilità e, soprattutto, la condizione del caregiver convivente ed unico parente.

D) INTERVENTI COMPLEMENTARI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica).

La L.R. 13/2018, all'art. 4 comma 12, prevede la realizzazione di interventi di carattere socioassistenziale in favore di persone affette da SLA. Il contributo di cui alla citata Legge, attuato dalla DGR n. 304/2019, implementerà, per un importo massimo di **€ 300,00 mensili**, fino a concorrenza del tetto massimo previsto, l'entità dell'assegno di cura e del contributo di cura in favore dell'utente affetto da SLA in condizione di disabilità gravissima. L'importo è determinato in base alla valutazione della complessità del bisogno assistenziale e della correlata gravosità dell'onere assistenziale per l'intero ambito familiare.

COMPOSIZIONE E COMPETENZA DELL'UVMD – UNITÀ VALUTATIVA MULTI-DIMENSIONALE - PER LA VALUTAZIONE DELLA DISABILITÀ GRAVISSIMA E DEFINIZIONE DEL P.A.I.

La valutazione, e quindi il riconoscimento della condizione di disabilità gravissima ai fini dell'assegnazione del contributo di cui al presente Avviso, è effettuata dall'UVMD (Unità Valutativa Multi-Dimensionale)

Il DCA (Decreto Commissario ad acta) n. U00431/2012 ha definito la composizione minima delle Unità di Valutazione Multidimensionale che può variare in relazione al bisogno e comprende:

- il medico di medicina generale (o il pediatra di libera scelta in caso di minori);
- l'infermiere;
- il medico di Distretto Sanitario;
- l'assistente sociale designato dal Consorzio Valle del Tevere (assistente sociale distrettuale e/o assistente sociale territorialmente competente);
- eventuali altre figure professionali a seconda delle specifiche necessità dell'utente (medici specialisti, terapista della riabilitazione, psicologo, altre figure) afferenti ai servizi/unità operative territoriali.

Ai fini dell'ammissione ai benefici di cui sopra, una volta verificata la certificazione medica attestante lo stato di disabilità gravissima ai sensi dell'art.3 comma 2 del decreto 26 settembre 2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, per la valutazione multidimensionale del bisogno di ciascuna richiesta verrà utilizzata la scheda S.Va.M.Di. (Scheda di Valutazione Multidimensionale delle persone con disabilità), strumento unico di valutazione multidimensionale adottato dalla Regione Lazio per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale.

La valutazione multidimensionale va oltre l'analisi dello specifico bisogno assistenziale, analizza le diverse dimensioni del funzionamento della persona con disabilità in prospettiva della sua migliore qualità di vita ed è finalizzata alla definizione del Piano di Assistenza Individualizzata (PAI – All. E). Il PAI è predisposto dall'UVMD e viene redatto nella logica dell'integrazione e complementarità rispetto a quanto destinato in termini di risorse, prestazioni e servizi sanitari territoriali.
Il Piano individualizzato viene elaborato in coerenza con le aspettative e le preferenze dell'utente e della famiglia, che devono essere coinvolti non solo in fase di predisposizione, ma anche nei momenti successivi di monitoraggio e valutazione del piano stesso. Dovrà contenere finalità, tipologia delle prestazioni, tempi e modalità di attuazione. La mancata sottoscrizione del Piano da parte del beneficiario o del rappresentante legale non darà seguito all'erogazione della provvidenza economica, anche se la stessa è stata già determinata.
Nel caso in cui venga scelto come tipologia di finanziamento il contributo di cura, il caregiver familiare deve essere coinvolto attivamente al momento della definizione del PAI e nelle successive fasi di attuazione e di valutazione periodica.

Il Piano di Assistenza Personalizzato avrà la durata di un anno solare a decorrere:
- dalla sottoscrizione del contratto (in caso di assegno di cura);
- dall'attivazione del contributo (in caso di contributo di cura).

Resta inteso che, in fase di monitoraggio, il P.A.I. potrà essere rimodulato, ampliato e modificato, anche nella sua durata.

MODALITA' E TEMPISTICHE PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

a) UTENTI IN CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Le linee guida approvate con DGR n. 104/2017, aggiornate successivamente con DGR n. 430/2019, con DGR n. 395 del 23/06/2020 ed in ultimo con DGR n. 897 del 09.12.2021, stabiliscono che gli utenti già presi in carico dal servizio godono di diritto della continuità assistenziale, anche per le successive annualità di progetto, fatta salva la rimodulazione dell'entità del contributo/assegno di cura, in considerazione di quanto previsto dalla DGR 897/2021, della variazione delle condizioni sociosanitarie eventualmente intervenute e nel rispetto del principio di "equità sociale", secondo cui tutti gli idonei a ricevere il contributo, in considerazione della loro condizione di fragilità sociale, hanno diritto ad accedere al sistema integrato dei servizi.

Al fine di semplificare le procedure, la Regione Lazio stabilisce che l'utente, già beneficiario del contributo economico per la disabilità gravissima, non deve ripresentare ogni anno la domanda. Sarà cura del Servizio Sociale di residenza ricontattare l'utente per il monitoraggio in itinere dell'attuazione del PAI, provvedendo ad eventuali rimodulazioni delle condizioni stabilite precedentemente, che avverranno in sede di UVMD.
Il monitoraggio avverrà con cadenza annuale.

L'utente, durante l'arco di tutta l'annualità di progetto, è tenuto a comunicare tempestivamente ai servizi preposti, (Servizio Sociale di residenza e Servizio Sociale referente del Consorzio) eventuali variazioni delle proprie condizioni, quali:
- scelta di una diversa modalità di assistenza;
- attivazione o cessazione di ulteriori servizi e prestazioni sociali;
- indicazione di un diverso caregiver e/o di cambiamento dello stato anagrafico del caregiver (convivenza);
- nuova attestazione Isee ordinario del nucleo familiare;
- attestazione dell'aggravamento della compromissione funzionale;
- variazioni nello stato di famiglia;
- cambio residenza dell'utente e/o caregiver;
- scadenza documenti di identità del beneficiario del contributo e/o del caregiver.

Il beneficio (entità del contributo) riconosciuto all'utente potrà essere rideterminato in base agli aggiornamenti sopraindicati.

Resta fermo:
- l'obbligo della presentazione del **modello I.S.E.E.** aggiornato, attestante la condizione economica per i nuclei familiari con componenti con disabilità secondo il DPCM del 5 dicembre 2013, n.159 e la legge 26 maggio 2016, n.89, entro il 30 aprile di ogni anno, richiedibile dal 15 gennaio dell'annualità di contributo e con scadenza 31 dicembre**, a pena di decadenza del beneficio**;
- l'obbligo della presentazione, nei casi in cui è previsto dalla legge, di copia del provvedimento di Amministratore di Sostegno/Tutore Legale, o della ricevuta dell'avvenuta presentazione della richiesta presso il Tribunale competente.

In caso di non conformità della documentazione, l'utente sarà sostenuto nel processo di regolarizzazione.

b) NUOVI RICHIEDENTI

Considerato che il presente Avviso non prevede scadenza per la presentazione della domanda, è possibile presentare l'istanza in qualsiasi momento.
La graduatoria resterà sempre aperta e verrà aggiornata con cadenza trimestrale dalla UVMD in relazione alla valutazione risultante dall'applicazione della scheda SVAMDI e ai punteggi attribuiti nel rispetto delle schede di cui sopra.
Si procederà allo scorrimento della graduatoria nei casi di rinuncia, decesso, mancata permanenza dei requisiti di ammissione al beneficio di utenti in carico, o in caso di maggiori disponibilità di risorse destinate a questo intervento, tali da estendere il beneficio ad un numero superiore di utenti utilmente collocati in graduatoria.
L'UVMD viene convocata dal PUA con cadenza bimestrale, o con minori tempistiche in base al numero di istanze pervenute, per la valutazione delle domande di accesso e per garantire l'aggiornamento della graduatoria ogni tre mesi.

ITER DI PRESENTAZIONE DELLE NUOVE DOMANDE

- La domanda per il contributo di cui al presente Avviso dovrà essere presentata presso il PUA – Punto Unico di Accesso, attualmente collocato presso la sede Asl di Campagnano di Roma, Via Adriano I, 8.

Eventuali aperture di altre sedi del PUA saranno debitamente comunicate e rese note ai cittadini mediante i consueti strumenti di pubblicità della P.A.
Per informazioni in merito al presente Avviso, l'utente o un suo familiare potrà rivolgersi al Servizio Sociale territorialmente competente o direttamente presso il PUA.

- La domanda, al momento della presentazione dovrà essere corredata dai seguenti allegati, **a pena di esclusione:**

- Autocertificazione della situazione familiare con l'indicazione dei componenti. (All. A).

- Certificazione medica attestante lo stato di disabilità gravissima ai sensi dell'art.3 comma 2 del decreto 26 settembre 2016 rilasciata da un medico specialista di una struttura pubblica (uno o più degli All. C e/o All. D).
  N.B.: Le scale di valutazione del DM 26/09/2016 vanno compilate e firmate dal Medico in ogni pagina, pena la non ammissibilità della documentazione presentata.

- Certificazione del medico di base nel quale siano specificate tutte le patologie di cui è affetto il paziente.

- Copia della certificazione medica attestante l'invalidità civile, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o certificazione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013.

- Copia della certificazione medica ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3.

- Copia documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo.

- Copia documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo.

- Copia del contratto di lavoro e attestato di qualifica nei casi di assistenza prestata da personale qualificato esterno alla famiglia (solo per domanda di "Assegno di Cura"), nel caso in cui si è già in possesso di un contratto di assistenza.

- Comunicazione estremi bancari/postali (All. B) (non verranno presi in considerazione codici IBAN non leggibili).

- Copia della nomina del Tribunale relativa all'Amministratore di Sostegno/Tutore Legale, o della ricevuta dell'avvenuta presentazione della richiesta nei casi in cui è previsto dalla legge.

- Copia del permesso di soggiorno e/o carta di soggiorno in corso di validità, qualora si tratti di utente extracomunitario.

- Modello I.S.E.E., (indicatore della situazione economica equivalente) in corso di validità, attestante la condizione economica.

Si fa presente che le domande prive della documentazione richiesta non verranno accolte.

- Gli operatori del PUA provvederanno a convocare l'UVMD per la valutazione delle domande pervenute; la convocazione avverrà con cadenza bimestrale, per garantire l'aggiornamento della graduatoria ogni tre mesi.
- L'UVMD procede ad una prima valutazione delle domande, verificando la completezza della documentazione trasmessa e il possesso dei requisiti di accesso, procedendo ad una prima attribuzione dei punteggi sulla base delle tabelle riportate nel presente Avviso.
- Qualora la domanda sia ammissibile, l'UVMD convoca l'utente e la sua famiglia e alla presenza degli stessi redige il PAI – All. E, che dovrà declinare la natura degli interventi con gli obiettivi da raggiungere, le figure professionali coinvolte, il coordinamento necessario, le modalità e i tempi di attuazione degli interventi con i relativi costi e le risorse dedicate, le azioni di monitoraggio e verifica. Nel caso in cui l'intervento scelto sia quello del "contributo di cura", l'UVMD procederà alla valutazione ed al riconoscimento formale della figura del caregiver, attraverso la compilazione della "Scheda caregiver" (All. F) e della "Sezione caregiver" (All. G). Al termine dei lavori, l'UVMD redige un verbale contenente la graduatoria degli ammessi al contributo per ciascuna tranche di valutazione.
- L'UVMD entro sette giorni dall'elaborazione della graduatoria trasmette all'Ufficio di Piano del Consorzio copia del verbale.
- L'Ufficio di Piano provvede tempestivamente ad integrare la graduatoria già esistente, dando comunicazione ai beneficiari dell'ammissione al contributo.
- A seguito della trasmissione della documentazione necessaria (contratto di assistenza con ente gestore o con professionista in caso di assegno di cura, che dovrà avvenire entro e non oltre 10 gg dalla comunicazione di ammissione al beneficio, pena la decadenza dello stesso), l'Ufficio di Piano, con Determinazione Dirigenziale, avvia i Piani di Intervento con contestuale assunzione dell'impegno di spesa per tutti gli interventi (assegno di cura e contributo di cura).

MODALITÀ DI EROGAZIONE DEI RIMBORSI

Gli interventi previsti dal presente Avviso Pubblico saranno erogati agli aventi diritto fino a concorrenza delle risorse disponibili in ambito distrettuale, tenendo conto degli importi minimi e massimi e dei criteri di definizione degli stessi.

Il rimborso delle spese sostenute dal beneficiario che usufruisce dell'intervento "assegno di cura", che in nessun caso potranno superare l'importo riconosciuto in base al punteggio attribuito, verrà erogato agli aventi diritto in graduatoria mediante bonifico bancario con cadenza mensile.

Per l'Assegno di Cura:
1. l'utente o un suo familiare/delegato dovrà trasmettere, **entro il 15 del mese successivo all'attivazione del servizio**, all'Ufficio di Piano del Consorzio, il modello di rendicontazione (**All. H**) e le fatture/buste paga **non quietanzate** (es: inizio contratto 01 gennaio: entro il 15 febbraio la famiglia dovrà presentare le fatture/buste paga non quietanzate del mese di gennaio);
2. il Consorzio, a seguito della suddetta trasmissione, provvederà ad **anticipare** alla famiglia, le somme relative alle spese da sostenere;
3. entro il 15 del mese successivo, dovrà trasmettere il modello di rendicontazione (**All. H**) e le fatture/buste paga **non quietanzate**, relative alla mensilità di riferimento nonché l'attestazione di avvenuto pagamento delle fatture/buste paga per le quali il Consorzio ha anticipato le spese (es: entro il 15 marzo la famiglia dovrà presentare le fatture/buste paga del mese di febbario non quietanzate congiuntamente alla documentazione attestante il pagamento del servizio del mese di gennaio).
4. Per **i mesi successivi** saranno seguite le modalità del **punto tre**.

Per il Contributo di Cura – Caregiver: l'Ufficio di Piano del Consorzio provvederà ad erogare il contributo con cadenza mensile tramite bonifico bancario.

Per gli interventi complementari all'assistenza domiciliare erogata dal caregiver familiare (dgr 341/2021): le modalità di rendicontazione ed il successivo rimborso delle eventuali spese sostenute dall'utente e/o dal suo familiare saranno stabilite successivamente in base alla tipologia di intervento riconosciuto all'utente.

La graduatoria, il cui aggiornamento è previsto ogni trimestre, rimarrà sempre valida e si procederà ad un suo scorrimento al verificarsi di variazioni.

TERMINI E PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

I nuovi richiedenti possono presentare l'istanza per la concessione degli interventi di cui al presente Avviso in qualsiasi momento (bando aperto).

- La richiesta dell'intervento dovrà essere presentata su apposita modulistica reperibile sul sito istituzionale del Consorzio Valle del Tevere www.consorziovalledeltevere.it e sul sito istituzionale di tutti gli Enti Consorziati, oltre che presso il PUA nella sede Asl di Campagnano di Roma, Via Adriano I n. 8, tel. 06/96669769.

- La domanda dovrà essere consegnata presso il PUA a mano o a mezzo posta con R/R citando in oggetto "NON APRIRE, AVVISO PUBBLICO INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISABILITA' GRAVISSIMA" (farà fede la data di arrivo e non di spedizione)

Per maggiori dettagli rispetto a quanto riportato nel presente Avviso si rinvia alla consultazione delle linee guida operative per le prestazioni assistenziali, componente sociale, in favore delle persone in condizione di disabilità gravissima emanate con Deliberazione della Regione Lazio n. 104 del 07/03/2017, Deliberazione della Regione Lazio n. 430 del 28/06/2019, Deliberazione della Regione Lazio n. 395 del 23/06/2020 e Deliberazione della Regione Lazio n. 897 del 09/12/2021, e al decreto 26 settembre 2016 e ad ogni altro riferimento di legge richiamato.

Informazioni procedimentali
Per informazioni e chiarimenti riguardo al presente Avviso è possibile contattare:

- ✔ Servizi Sociali territorialmente competenti.
- ✔ Punto Unico di Accesso (PUA) Campagnano di Roma, Viale Adriano 1 - tel. 06/96669769; e-mail: pua.f4@aslroma4.it;
- ✔ l'Ufficio di Piano del Consorzio "Valle del Tevere" - tel. 06/90194606-607 nei giorni di lunedì, mercoledì e giovedì, ore 09:00/12:00, e mercoledì ore 15:00/17:00; e-mail: ufficiodipiano@consorziovalledeltevere.it;

Il Responsabile del Procedimento è il Dott. Federico Conte, Direttore del Consorzio Valle del Tevere, tel. 06/90194606-607 E mail: direttore@consorziovalledeltevere.it

Il Direttore
Dott. Federico Conte

Approvato con Determinazione n. del
Prot. n. del

SPETT.LE CONSORZIO VALLE DEL TEVERE
Ufficio Piano di Zona
PIAZZA S. LORENZO, 8
00060 FORMELLO RM
c/o PUA

DOMANDA PER L'AVVIO DELL'ITER DI VALUTAZIONE PER LA CONCESSIONE DI FINANZIAMENTI FINALIZZATI AD INTERVENTI 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 (da compilare nel caso di richiesta del Contributo di cura)

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 30 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.

Allega alla presente domanda

- Autocertificazione della situazione familiare con l'indicazione dei componenti. (All. A).

- Certificazione medica attestante lo stato di disabilità gravissima ai sensi dell'art.3 comma 2 del decreto 26 settembre 2016 rilasciata da un medico specialista di una struttura pubblica (uno o più degli All. C e/o All. D).

N.B.: Le scale di valutazione del DM 26/09/2016 vanno compilate e siglate dal Medico in ogni pagina, pena la non ammissibilità della documentazione presentata.

- Certificazione del medico di base nel quale siano specificate tutte le patologie di cui è affetto il paziente.

- Copia della certificazione medica attestante l'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o certificazione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013.

- Copia della certificazione medica ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3.

- Copia documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo.

- Copia documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo.

- Copia del contratto di lavoro e attestato di qualifica nei casi di assistenza prestata da personale qualificato esterno alla famiglia (solo per domanda di "Assegno di Cura"), nel caso in cui si è già in possesso di un contratto di assistenza.

- Comunicazione estremi bancari/postali (All. B) (non verranno presi in considerazione codici IBAN non leggibili).

- Copia della nomina del Tribunale relativa all'Amministratore di Sostegno/Tutore Legale, o della ricevuta dell'avvenuta presentazione della richiesta nei casi in cui è previsto dalla legge.

- Copia del permesso di soggiorno e/o carta di soggiorno in corso di validità, qualora si tratti di utente extracomunitario.

- Modello I.S.E.E., (indicatore della situazione economica equivalente) in corso di validità, attestante la condizione economica.

Si fa presente che le domande prive della documentazione richiesta non verranno accolte.

Dichiara di aver preso visione dell'Avviso Pubblico per il quale si richiede il contributo e di accettarne ogni condizione e prescrizione.

INFORMATIVA PRIVACY

Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003 e al Regolamento (UE) n. 2016/679, 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 A

Dichiarazioni Sostitutive di Certificazioni

(art. 46 D.P.R. 445 dei 28.12.2000)

La/il sottoscritta/o ……..…….....……..……...

nata/o a ……..……..…….. il ……..……..

residente a ……. in via …….…….nr …./……. Int. ……

è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi dei Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 dei succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

E' informato ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione dei provvedimento amministrativo ai sensi dell'art. 10 della L. 675/96 e

D I C H I A R A

che la famiglia convivente dell'utente richiedente il contributo (dalla data …../……/…….) è composta come risulta dal seguente prospetto:

nr.	*cognome e nome*	*luogo di nascita*	*data nascita*	*rapporto parentela*
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

La/Il dichiarante

_____

Luogo lì, …….

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000

La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi.

La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art.74 comma 1 D.P.R. 445/2000).

ALLEGATO B

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

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:

Intestato a:_____

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

Data_____ Firma

_____

ALLEGATO C

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

Data _____

(Timbro e firma del medico)

_____

ALLEGATO C

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 C

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)

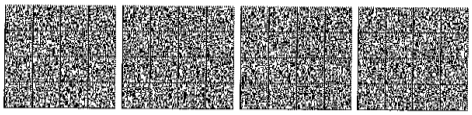
_____

Clinical Dementia Rating Scale (CDR) estesa (*Articolo 3, comma 2, lettera c*)
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	DEMENZA DUBBIA	DEMENZA LIEVE	DEMENZA MODERATA	DEMENZA GRAVE
	CDR 0	**CDR 0.5**	**CDR 1**	**CDR 2**	**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 moderata; 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.



Data _____

(Timbro e firma del medico)

_____

Clinical Dementia Rating Scale

Per ottenere il punteggio della CDR è necessario disporre di informazioni raccolte da un familiare o operatore che conosce il soggetto e di una valutazione delle funzioni cognitive del paziente con particolare riferimento ai seguenti aspetti: 1) memoria; 2) orientamento temporale e spaziale; 3) giudizio ed astrazione; 4) attività sociali e lavorative; 5) vita domestica, interessi ed hobby; 6) cura della propria persona. In base al grado di compromissione viene assegnato un punteggio variabile tra 0 - 0.5 - 1 - 2 - e 3; 0= normale; 0.5= dubbia compromissione; 1 compromissione lieve; 2= compromissione moderata; 3= compromissione severa. Ogni aspetto va valutato in modo indipendente rispetto agli altri. La memoria è considerata categoria primaria; le altre sono secondarie. Se almeno tre categorie secondarie ottengono lo stesso punteggio della memoria, allora il CDR è uguale al punteggio ottenuto nella memoria. Se tre o più categorie secondarie ottengono un valore più alto o più basso della memoria, allora il punteggio della CDR corrisponde a quello ottenuto nella maggior parte delle categorie secondarie. Qualora due categorie ottengano un valore superiore e due un valore inferiore rispetto a quello ottenuto dalla memoria, il valore della CDR corrisponde a quello della memoria. La scala è stata successivamente estesa per classificare in modo più preciso gli stadi più avanzati della demenza (Hayman et al, 1987). I pazienti possono essere perciò classificati in stadio 4 (demenza molto grave) quando presentano severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da soli, nel controllare la funzione intestinale o vescicale. Sono classificati in stadio 5 (demenza terminale) quando richiedono assistenza totale perché completamente incapaci di comunicare, in stato vegetativo, allettati, incontinenti.

ALLEGATO C

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 C

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 _____ (compilare almeno una tra le seguenti scale: MRC/EDSS/Hoehn e Yahr) pari a:

Si allega alla presente copia della scala_____.

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

Data _____

(Timbro e firma del medico)

_____

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

Data _____

(Timbro e firma del medico)

_____

EXPANDED DISABILITY STATUS SCALE (EDSS)

Punteggio ottenuto: _____

Expanded Disability Status Scale (EDSS) (*Articolo 3, comma2, lettera e*)

Punteggio EDSS	Caratteristiche cliniche
1-3,5	Paziente deambulante, ma sono presenti deficit neurologici evidenti in diversi sistemi funzionali (motorio, sensitivo, cerebellare, visivo, sfinterico) di grado lieve moderato, con un impatto parziale sull'autonomia.
4	Paziente autonomo, deambulante senza aiuto e senza riposo, per circa 500 metri.
4,5	Paziente autonomo, con minime limitazioni dell'attività quotidiana. Deambulazione possibile, senza soste e senza riposo, per circa 300 metri.
5	Paziente non del tutto autonomo, con modeste limitazioni dell'attività completa quotidiana. Deambulazione possibile, senza soste e senza riposo, per circa 200 metri.
5,5	Paziente non del tutto autonomo, con evidenti limitazioni dell'attività quotidiana. Deambulazione possibile, senza soste e senza riposo, per circa 100 metri.
6	Paziente che necessita di assistenza saltuaria o costante da un lato per percorrere 100 metri senza fermarsi.
6,5	Paziente che necessita di assistenza bilaterale costante, per camminare 20 metri senza fermarsi.
7	Paziente non in grado di camminare per più di 5 metri, anche con aiuto, e necessita di sedia a rotelle, riuscendo però a spostarsi dalla stessa da solo.
7,5	Paziente che può muovere solo qualche passo. È obbligato all'uso della carrozzella, e può aver bisogno di aiuto per trasferirsi dalla stessa.
8	Paziente che è obbligato a letto non per tutta la giornata o sulla carrozzella. In genere, usa bene una o entrambe le braccia.
8,5	Paziente essenzialmente obbligato a letto. Mantiene alcune funzioni di autoassistenza, con l'uso abbastanza buono di una o entrambe le braccia.
9	Paziente obbligato a letto e dipendente. Può solo comunicare e viene alimentato.
9,5	Paziente obbligato a letto, totalmente dipendente.
10	Morte dovuta alla malattia.

Data _____

(Timbro e firma del medico)

_____

SCALA DI HOEHN E YAHR

Stadio clinico del paziente: _____

Scala di Hoehn e Yahr *(Articolo 3, comma2, lettera e)*

La scala di Hoehn e Yahr è utile per definire lo stadio clinico del paziente affetto da morbo di Parkinson:
Stadio 1: Malattia unilaterale.
Stadio 2: Malattia bilaterale senza coinvolgimento dell'equilibrio.
Stadio 3: Malattia da lieve a moderata, qualche instabilità posturale indipendente.
Stadio 4: Malattia conclamata, ancora in grado di deambulare autonomamente.
Stadio 5: Paziente costretto a letto o in sedia a rotelle.

Data _____

(Timbro e firma del medico)

_____

ALLEGATO C

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 C

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 C

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 LAPMER pari a _____

Si allega il test LAPMER.

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 aspefico 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

Data _____

(Timbro e firma del medico)

_____

ALLEGATO D

CERTIFICAZIONE DELLA CONDIZIONE DI DIPENDENZA VITALE
(lettera i – DM 26 settembre 2016)

Con la presente si certifica che il/la paziente_____

nato/a_____il_____residente a _____ in via _____ n._____ da me visitato in data _____ ha una compromissione nelle seguenti aree:

- ❑ motricità:
  - o dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana (ADL): l'attività è svolta completamente da un'altra persona
- ❑ stato di coscienza:
  - o compromissione severa: raramente/mai prende decisioni
  - o persona non cosciente
- ❑ respirazione
  - o necessità di aspirazione quotidiana
  - o presenza di tracheostomia
- ❑ nutrizione
  - o necessita di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi
  - o combinata orale e enterale/parenterale
  - o solo tramite sondino naso-gastrico (SNG)
  - o solo tramite gastrostomia (es.PEG)
  - o solo parenterale (attraverso catetere venoso centrale CVC)

Si allega il test ADL.

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

Data _____

(Timbro e firma del medico)

_____

A.D.L. (Index of Indipendence in Activities of Daily Living)		
	punteggio	
(AD 1) Fare il bagno	**1**	□ **1) Non riceve alcuna assistenza** (entra ed esce dalla vasca autonomamente, nel caso che la vasca sia il mezzo abituale per fare il bagno) □ **2) Riceve assistenza nel lavare solo una parte del corpo** (es. la schiena od una gamba)
	0	□ **3) Riceve assistenza nel lavare più di una parte del corpo** (o rimane non lavato)
(AD 2) Vestirsi	**1**	□ **1) Prende gli abiti e si veste completamente senza assistenza** □ **2) Prende gli abiti e si veste completamente senza assistenza, tranne per allacciarsi le scarpe**
	0	□ **3) Riceve assistenza nel prendere gli abiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito**
(AD 3) Uso dei servizi	**1**	□ **1) Va ai servizi, si pulisce, si riveste senza assistenza** (può usare supporti come il bastone o il deambulatore o la sedia a rotelle, è in grado di maneggiare la padella o la comoda svuotandola al mattino)
	0	□ **2) Riceve assistenza nell'andare ai servizi, nel pulirsi, nel vestirsi, nell'usare la padella o la comoda** □ **3) Non va ai servizi per i bisogni corporali**
	1	□ **1) Entra ed esce dal letto come pure si siede e si alza dalla sedia senza assistenza** (può usare supporti come il bastone o il deambulatore)

(AD 4) Spostarsi	**0**	**□ 2) Entra ed esce dal letto come pure si siede e si alza dalla sedia con assistenza** **□ 3) Non si alza dal letto**
(AD 5) Continenza	**1**	**□ 1) Controlla completamente da solo la minzione o la defecazione**
	0	**□ 2) Ha occasionali "incidenti"** **□ 3) Il controllo della minzione e della defecazione è condizionato dalla sorveglianza, usa il catetere o è incontinente**
(AD 6) Alimentarsi	**1**	**□ 1) Si alimenta da solo senza assistenza** **□ 2) Si alimenta da solo eccetto che necessita di assistenza per tagliare la carne o per spalmare il burro sul pane**
	0	**□ 3) Riceve assistenza nell'alimentarsi o viene alimentato parzialmente o completamente per sondino o per via endovenosa**

Data _____

(Timbro e firma del medico)

_____

Allegato 2
Altre persone in condizione di dipendenza vitale
(Art. 3, c. 2, lett. I)

1. Le persone con disabilità gravissima, in condizioni di dipendenza vitale, oltre a quelle identificate dalle lettere a)-h) , sono individuate mediante la valutazione del livello di compromissione della funzionalità, indipendentemente dal tipo di patologia e/o menomazione, attraverso la rilevazione dei seguenti domini:
   a) motricità;
   b) stato di coscienza;
   c) respirazione;
   d) nutrizione.
2. Le compromissioni rilevate ai fini della identificazione delle persone in condizione di dipendenza vitale sono le seguenti:
   a) motricità:
   - dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana (ADL): l'attività è svolta completamente da un'altra persona
   b) stato di coscienza:
   - compromissione severa: raramente/mai prende decisioni
   - persona non cosciente
   c) respirazione
   - necessità di aspirazione quotidiana
   - presenza di tracheostomia
   d) nutrizione
   - necessita di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi
   - combinata orale e enterale/parenterale
   - solo tramite sondino naso-gastrico (SNG)
   - solo tramite gastrostomia (es.PEG)
   - solo parenterale (attraverso catetere venoso centrale CVC)
3. Si intendono in condizioni di dipendenza vitale le persone che hanno compromissioni in almeno uno dei domini di cui alle lettere a) e b) del comma 1 ed in almeno uno dei domini di cui alle lettere c) e d) del medesimo comma 1.

ALLEGATO E

(da compilare a cura dell'UVMD a seguito dell'eventuale inserimento in graduatoria dell'utente)

PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO E BUDGET DI SALUTE

Art. 9 della L.R. 11 del 2016

Il Progetto individuale è costruito sulla base degli esiti della valutazione multidimensionale della persona con disabilità grave realizzata in raccordo tra l'équipe pluriprofessionale dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale UVMD e gli operatori degli Ambiti territoriali/Comuni.

Il progetto individualizzato prevede:

1. **Obiettivo**: Assistenza domiciliare nelle 24 ore, erogata da professionisti/enti o dal caregiver, al fine di favorire la permanenza a domicilio dell'utente; attività di socializzazione e integrazione al fine di favorire la partecipazione ad attività socializzanti, sostegno nelle relazioni familiari ed extra-familiari, accompagnamento.

➢ **SITUAZIONE AL MOMENTO DELLA VALUTAZIONE**

➢ **Composizione del nucleo familiare d'origine:**

Nominativo	Grado di parentela	Residenza

➢ **Diagnosi:**

_____

_____

_____

➢ **Interventi sanitari, sociosanitari e sociali attivi**

○ ADI Comunale (ore settimanali n°…..)

○ L. 20 anno 21/22 (ore settimanali n°…….)

○ Assistente Familiare/Badante Privato

○ CENTRO DIURNO

○ Altri contributi consortili:

_____

_____

- **Quali figure professionali seguono l'utente?**

- **Autonomie personali**

- **Aspettative Personali e della famiglia**

- **Sintesi bisogni rilevati**

- **Obiettivi Del Progetto Individualizzato**

_____

_____

- **Interventi da attivare e tempistiche:**

  L'intervento avrà la durata di 12 mesi:
  - dalla sottoscrizione del contratto (in caso di assegno di cura);
  - dall'attivazione del contributo (in caso di contributo di cura).

- **Figura professionale assegnata per l'intervento (in caso di assegno di cura):**
  - Operatore socioassistenziale

- **Eventuali note aggiuntive:**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

- **Budget Di Salute**

Risorse economiche a disposizione dell'utente	**Importo mensile**	**Importo annuale**
Pensione d'invalidità		
Indennità di accompagnamento/ Indennità di frequenza		
Risorse economiche previste per l'intervento		
TOTALE		

Data attivazione interventi ___/____/_____

Le parti sottoscrivendo il presente progetto si impegnano a tener fede agli impegni in esso dichiarati.

Luogo e data _____

Firma Persona disabile (firma leggibile e per esteso)

_____

oppure ***tutore/curatore/amministratore di sostegno/familiare (firma leggibile e per esteso)***

_____

Firma Assistente Sociale - Case Manager (firma leggibile e per esteso)

_____

Firma del referente dell'UVMD (firma leggibile e per esteso)

_____

ALLEGATO F

(da compilare a cura dell'UVMD a seguito dell'eventuale inserimento in graduatoria dell'utente che ha scelto come intervento il CONTRIBUTO DI CURA)

Scheda caregiver familiare

Il/la Sottoscritto/a (Nome e Cognome) ……...……

nato a……..…… il ……...……..

residente a ……in via/piazza/strada ……...…….……..

Codice fiscale ……...……

consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di essere "CAREGIVER FAMILIARE" di (nome e cognome dell'assistito)……...…..
……nato a……
il ……. residente a ……..……
in via/piazza/strada ……..…….

domiciliato in (se diverso dalla residenza) ……
…….……

Codice fiscale ……..

DICHIARA

inoltre, di essere:

- ☐ Genitore
- ☐ Coniuge
- ☐ convivente di fatto
- ☐ familiare entro il secondo grado (specificare ad es. Genitori nonno/nipote o fratello /sorella)
- ☐ affine (specificare parenti dell'altro coniuge entro il secondo grado, es. cognati o nonno dell'altro coniuge)
- ☐ familiare entro il terzo grado (specificare ad es. bisnonno o zio o nipote di zio) nelle ipotesi previste all' art. 33, comma 3 Legge 104/1992) e nel caso in cui l'assistito sia riconosciuto invalido ai sensi dell'art. 3 , comma 3 ella Legge 104/1992 o titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 1.
- ☐ altro …….

di essere caregiver da: (indicazione durata)

……..

di essere impegnato nell'attività di caregiving per circa h/giorni: (dichiarazione dell'intensità dell'impegno di cura)

……
……

Luogo e data: Firma

_____ _____

Il/la Sottoscritto/a (Nome e Cognome dell'assistito)
…….

nato a…….…… il ……..

residente a…….……in via/piazza/strada …….……..

Codice fiscale ……

Oppure

Il/la Sottoscritto/a (Nome e Cognome)
…….

nominato con provvedimento del Giudice tutelare n. ……..……

nato a…….……...…… il ……..

residente a …… in via/piazza/strada ……..…….……..

Codice fiscale ……..

consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

che il Sig./Sig.ra …… è il proprio caregiver familiare.

Luogo e data: Firma

_____ _____

INFORMATIVA PRIVACY

Informato, nel rispetto del nuovo Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali GDPR del 2016/679, dell'art. 13 del D.lgs. 196 del 2003 ss.mm.ii "Codice in materia di protezione dei dati personali, 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 e successive modifiche, 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 della Valle del Tevere.

Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è il Consorzio della Valle del Tevere nella persona del Responsabile del procedimento, Dott. Federico Conte. Incaricato del trattamento dei dati è il personale dell'Ufficio di Piano e gli uffici interessati nel procedimento.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D. Lgs. n. 196/2003 e successive modifiche, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità di cui all'Avviso pubblico.

Luogo e data: Firma

_____ _____

Sezione a cura dei servizi

Si conferma che il/la Sig./a ……..…… è stato/a incluso/a nel PAI del/della proprio/a assistito/a con disabilità o non autosufficienza in data …….

Contatti minimi obbligatori annuali con il referente /Case manager
……..

Copia della scheda, in sede di sottoscrizione di PAI, verrà consegnata al caregiver familiare riconosciuto.

ALLEGATO G

(da compilare a cura dell'UVMD a seguito dell'eventuale inserimento in graduatoria dell'utente che ha scelto come intervento il CONTRIBUTO DI CURA)

Sezione caregiver familiare

1. Anagrafica caregiver familiare

Nome e cognome……

Nato a ……il……..

domiciliato in ……

codice fiscale…….

tel……contatto e-mail……

stato civile……..titolo di studio…….

condizione professionale…….

rapporto con l'assistito……

Impegno come caregiver:

Da quanto tempo si occupa della persona con disabilità o non autosufficiente……

Attività assistenziali svolte……..

Per quante ore nell'arco della giornata……

Per quanti giorni alla settimana……...

Quanto tempo trascorre da solo/a con la persona assistita……..

Si prende cura o aiuta altri componenti della famiglia…….

Note……

2. Rete familiare e sociale (anche informale) del caregiver familiare

in questa parte occorrerà indicare se ci sono persone di aiuto al caregiver familiare (rete di risorse professionale, amicali e parentali con funzione di possibile sostegno)

……
……

……
……

3. Rilevazione dello stress del caregiver

questa parte è legata allo screening (prevenzione) e valutazione (a cura di operatori professionali) di condizioni generali di stress, disagio emozionale e relazionale utili a pianificare l'attivazione di interventi mirati a sostegno del caregiver familiare. La stessa valutazione può evidenziare la necessità di invio ad un secondo livello di approfondimento specialistico.

Sintesi degli esiti della rilevazione dello stress del caregiver. Risultato della valutazione.

……
……
……

Area di maggiore stress/burden per il caregiver

……
……

Necessità di attivare interventi specifici di sostegno

……

Necessità di invio al secondo livello di valutazione/consulenza specialistica

……

4. Analisi dei bisogni del caregiver familiare e identificazione di obiettivi ed interventi

a. Bisogni informativi e formativi del caregiver

- Attività di informazione base sulle procedure per l'accesso alle prestazioni assistenziali offerte dal sistema integrato ed orientamento alle diverse opportunità e misure di sostegno per il caregiver familiare.
- Attività di informazione sulle associazioni rappresentative di promozione sociale e di volontariato attive sul territorio per la tutela del caregiver familiare
- Educazione di base al ruolo e alla cura (educational care)
- Inserimento di iniziative di formazione e/o psico-educazione di gruppo
- Supervisione operativa e addestramento nell'attività assistenziale per i bisogni della persona assistita dopo valutazione delle competenze da rafforzare.
- Addestramento all'utilizzo di semplici ausili
- Riconoscimento delle competenze

b. Bisogni di supporto pratico operativo del caregiver (descrizione)

Sostituzione programmata:

- Accoglienza temporanea dell'assistito in struttura residenziale o semi-residenziale.
- Sollievo a domicilio: iniziative che consentano al caregiver familiare dei momenti di pausa, anche rimanendo nel proprio domicilio.
- Sostituzione programma (es. 1 g. al mese) al domicilio per consentire al caregiver familiare il recupero di spazi propri nella comunità.
- Sostituzione domiciliari di sollievo in caso di assenza programmata del caregiver per motivi clinici o in altre situazioni di particolari necessità.

Sostituzione in emergenza:

- Sostituzione nelle situazioni impreviste di temporanea impossibilità ad assistere del caregiver familiare

Ulteriore attività di supporto pratico:

- Favorire la ricerca di un assistente familiare in caso di richiesta e/o necessità sopravvenuta da parte del caregiver familiare.
- Favorire il raccordo e l'attivazione della rete di associazionismo e volontariato territoriale.
- Affiancamento e supporto dell'intervento assistenziale anche con il ricorso a modalità a distanza in caso di richiesta da parte del caregiver.

c. Bisogni emotivi relazionali del caregiver familiare (descrizione)

- Proposta/attivazione di consulenze psicologiche (individuali o familiari)
- Proposta di inserimento percorsi di aiuto mutuo aiuto o sostegno
- Valutazione e rilevazione dello stress del caregiver
- Proposta di inserimento in percorsi orientati alla gestione dello stress
- Proposta di partecipazione a gruppi finalizzati (es. attività ludiche/ricreative, attività sportive, gruppi di cammino, ecc….)

Luogo e data: Compilatore Firma

_____ _____ _____

ALLEGATO H – Modello di rendicontazione
(da presentare all'Ufficio di Piano, a seguito del finanziamento dei Piani per i quali è stato scelto l' "assegno di cura", con cadenza mensile)

Ufficio di Piano del Consorzio "Valle del Tevere"
c.a. Dott. Federico Conte
c/o Comune di Formello Piazza San Lorenzo, 8
00060 Formello (Rm)
amministrazione@consorziovalledeltevere.it

Oggetto: Finanziamenti di Piani di assistenza individualizzati, finalizzati ad interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima - beneficiario:_____

Il/La sottoscritto/a ……in qualità di beneficiario/tutore/genitore di ……..……richiede l'anticipo delle spese da sostenere per gli interventi di assistenza indiretta relativi al mese ……. di cui si rendiconta quanto segue:

mese	**Fattura n. del..**	**Busta paga a favore di**	**Ore effettuate**	**Spesa €**

A tal fine si allega quanto indicato nelle modalità di liquidazione del finanziamento descritte nell'Avviso pubblico.

Distinti saluti.

Luogo e data…….

Il richiedente

……