

DISTRETTO SOCIOSANITARIO RM 5.3

Ente capofila: Comune di TIVOLI

COMUNI DI: CASAPE, CASTEL MADAMA, CERRETO LAZIALE, CICILIANO, GERANO, LICENZA, MANDELA, PERCILE, PISONIANO, POLI, ROCCAGIOVINE, SAMBUCCI, SAN GREGORIO DA SASSOLA, SAN POLO DEI CAVALIERI, SARACINESCO, TIVOLI, VICOVARO.

LINEE GUIDA PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA PER LA DISABILITA'GRAVE

ART.1 – NORMATIVA DI RIFERIMENTO

La normativa di riferimento per l'erogazione del servizio di assistenza domiciliare indiretta è la seguente:

la legge n.328/2002 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;

la legge regionale 10 agosto 2016, n. 11 “Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio”;

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;

Piano sociale regionale n 1/2019 “Prendersi cura, un bene comune”;

Piano sociale di zona 2021-2023 del Distretto RM 5.3 Tivoli.

ART.2 – DEFINIZIONE DEL SERVIZIO

L'Assistenza Domiciliare Indiretta costituisce una forma di assistenza personalizzata che, compatibilmente con il budget a disposizione, è calibrata sulla base delle esigenze della persona diversamente abile, che non si deve più adattare al servizio proposto ma, esercitando direttamente la libertà di scelta, assume così un ruolo attivo, scegliendo non solol'operatore, ma anche i tempi, le modalità e la tipologia di assistenza.

L'Assistenza Domiciliare Indiretta è infatti una forma di Assistenza Domiciliare rivolta agli utenti affetti da disabilità grave ai sensi del comma 3, art. 3 della Legge n. 104/92 che consiste nell'assunzione, da parte dell'interessato, di una figura professionale che lo aiuti nella vita di tutti i giorni favorendo una vita sempre più indipendente.

Il servizio sarà erogato in due modalità alternative:

- attraverso il rimborso effettuato dal Comune di Tivoli, in qualità di capofila, delle spese di assistenza domiciliare derivanti dall'assunzione diretta, da parte della persona diversamente abile, di un assistente familiare iscritto nel Registro Distrettuale degli Assistenti alla Persona;

- attraverso una Card della Piattaforma Sicare sulla quale verranno caricate le ore spendibili presso una cooperativa scelta dall'interessato fra quelle iscritte nel Registro dei soggetti gestori dei servizi alla persona del Comune di Tivoli.

ART. 3 DESTINATARI

Gli interventi sono rivolti esclusivamente alle persone con disabilità, anche minori, in situazione di gravità certificata dalle commissioni mediche integrate, ai sensi del comma 3, art. 3 della Legge n. 104/92 e non legata a fenomeni d'invecchiamento, residenti nei Comuni del Distretto Sociosanitario RM 5.3 che per la loro situazione personale, familiare e socio-ambientale necessitano di sostegno e affiancamento nell'espletamento delle attività della vita quotidiana e per la loro integrazione sociale.

ART. 4 FINALITA' DELL'INTERVENTO

La finalità dell'Assistenza Domiciliare Indiretta è offrire risposte puntuali e mirate ai bisogni assistenziali espressi garantendo anche la libera scelta dell'assistente familiare da parte della persona diversamente abile nell'ottica di un servizio alternativo rispetto al servizio pubblico di assistenza alla persona erogato in forma diretta.

Lo scopo è favorire la permanenza nel proprio ambiente di vita delle persone in condizioni di disabilità grave e/odi non autosufficienza e di supporto al nucleo familiare nell'arco della giornata.

Nel lungo periodo l'obiettivo è evitare o ridurre fenomeni di isolamento e di emarginazione sociale, prevenire il ricorso a forme di istituzionalizzazione favorendo la permanenza nel proprio nucleo familiare.

ART. 5 SCELTA DEL SOGGETTO EROGATORE

Le persone in condizione di disabilità grave ai sensi del comma 3, art. 3 della Legge n. 104/92 e/o non autosufficienza (o chi ne fa le veci ai sensi di legge) che decidano di usufruire di questa forma di assistenza scelgono autonomamente il proprio assistente e sono tenuti a regolarizzare il rapporto con contratto di lavoro, nel rispetto della normativa vigente e degli inquadramenti contrattuali previsti dai contratti collettivi stipulati dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale.

Il beneficiario del finanziamento deve essere consapevole ed accetta 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 stipulato, comprensivi del pagamento del corrispettivo e del versamento degli oneri assicurativi e previdenziali, senza quindi che alcun onere, obbligo e rapporto diretto venga ad intercorrere fra l'assistente e il Comune di Tivoli o i comuni facenti parte del Distretto.

Al fine di fornire supporto ai destinatari degli interventi nella libera scelta degli assistenti alla persona, il Comune di Tivoli, in qualità di capofila del distretto, ha istituito un apposito registro nel quale sono iscritte le persone fisiche che intendono operare nel campo dell'assistenza a persone con disabilità grave e/o non autosufficienza.

Analogamente gli interessati potranno avvalersi di un operatore fornito da una cooperativa scelta fra quelle iscritte nel registro dei soggetti gestori dei servizi alla persona del Comune di Tivoli.

Nel caso in cui si decida di rivolgersi alla cooperativa, il beneficiario riceverà in dotazione dal Comune di Tivoli in qualità di capofila del Distretto RM 5.3, una Card della Piattaforma Sicare sulla quale verranno caricate le ore spendibili presso una cooperativa scelta dall'interessato stesso fra quelle iscritte nel Registro dei soggetti gestori dei servizi alla persona del Comune di Tivoli e gli adempimenti relativi al versamento degli oneri assicurativi e previdenziali saranno a carico della cooperativa stessa.

Il beneficiario potrà scegliere un operatore della cooperativa in possesso delle seguenti qualifiche:

- operatore sociosanitario (OSS);
- assistente domiciliare e dei servizi tutelari (ADEST);
- operatore socio assistenziale (OSA);
- operatore tecnico ausiliario (OTA);
- assistente familiare (DGR 607/2009);
- diploma quinquennale professionale nel settore dei servizi sociosanitari.

L'Assistente alla persona scelto per prestare lavoro con assunzione diretta da parte del beneficiario dell'assistenza domiciliare indiretta deve essere in possesso di una delle seguenti qualifiche:

- operatore sociosanitario (OSS);
- assistente domiciliare e dei servizi tutelari (ADEST);
- operatore socio assistenziale (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 socio assistenziali per persone con disabilità e/o per persone anziane, che si iscrivano ad un corso utile al rilascio di uno dei titoli sopra elencati entro un anno dall'iscrizione al registro degli assistenti alla persona, come persona fisica che intende operare come assistente alla persona.

Il mancato conseguimento del titolo entro due anni dall'iscrizione al corso fa venir meno l' idoneità allo svolgimento delle funzioni proprie di questa forma di assistenza e comporterà la cancellazione dal registro.

I destinatari degli interventi di assistenza per la vita indipendente per persone con disabilità, comprese quelle conseguenti a limitazioni intellettive e relazionali, in possesso della certificazione di gravità ai sensi del comma 3, art. 3 della Legge n. 104/92, con una limitazione dell'autonomia personale tale da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale e/o in quella di relazione, possono scegliere di avvalersi della figura di un educatore professionale qualora sia espressamente previsto nel Piano Assistenziale Individuale di cui all'art.7, elaborato tenendo conto delle condizioni e delle necessità della persona considerata globalmente nel proprio contesto di vita e contenente gli obiettivi da perseguire con l'intervento.

ART. 6 NUCLEO DI VALUTAZIONE

La presa in carico e la definizione del livello di intensità assistenziale della persona che richiede l'Assistenza Domiciliare Indiretta viene svolta dal Nucleo di valutazione, tenendo conto anche di specifiche necessità, oggetto di valutazioni multidimensionali per le singole tipologie di persone destinatarie del servizio, in collaborazione con la famiglia ed eventualmente, per le valutazioni complesse, anche con l'Azienda sanitaria locale mediante convocazione di UVM, Unità di Valutazione Multidimensionale.

Il Nucleo di Valutazione è formato da un'equipe composta da 4 Assistenti sociali di cui 2 del Servizio Sociale Distrettuale e 2 per il Comune di Tivoli, da un'Assistente Sociale della Asl del Distretto Sanitario RM 5.3 e da un esperto Amministrativo dell'Ufficio di Piano del Distretto Sociosanitario RM 5.3 con funzioni di assistenza normativa ed amministrativa e di verbalizzazione delle sedute.

Il nucleo di Valutazione presiede alle seguenti funzioni:

- a) valutazione delle domande, dei requisiti dei richiedenti e del bisogno socio assistenziale;
- b) stesura del PAI -Piano Assistenziale Individuale di cui al successivo art.7;
- c) redazione della graduatoria degli aventi diritto;
- d) monitoraggio dell'attuazione del PAI volto al controllo dei livelli di efficacia ed efficienza raggiunti.

ART. 7 PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE (PAI)

Per i beneficiari ritenuti idonei il Nucleo di Valutazione di cui all'art. 6 sarà redatto il Piano Personalizzato di Assistenza definito "Piano Assistenziale Individuale (PAI) sulla base dei bisogni rilevati, così come stabilito dall'articolo 6 della legge regionale n. 20/2006 e disciplinato dagli articoli 52 e 53 della legge regionale n. 11/2016.

Il PAI è condiviso e accettato dalla persona destinataria del servizio, dai suoi familiari, e sottoscritto anche dal soggetto gestore del servizio, qualora l'interessato scelga di avvalersi di una cooperativa per l'erogazione dell'assistenza. La sua attuazione e la sua efficacia viene verificata dal Nucleo di Valutazione a cui è affidato il coordinamento tecnico del servizio.

Il PAI contiene: gli obiettivi da raggiungere, la durata del piano, la tempistica per le verifiche dell'obiettivo, il tipo di prestazioni, le modalità ed i tempi di attuazione, la tipologia e l'intensità assistenziale, l'indicazione del soggetto accreditato scelto dall'utente, i giorni e gli orari di programmazione della prestazione domiciliare, il responsabile del piano, il numero e il nome degli operatori domiciliari, il sistema di monitoraggio e verifica dell'intervento e la sua tempistica, il costo orario del servizio.

Il PAI è monitorato ed eventualmente aggiornato ogni sei mesi, salvo minore periodicità qualora sopravvengano variazioni dei bisogni dell'utente o esigenze non previste.

ART. 8 ATTO D'IMPEGNO

La persona destinataria dell'intervento (o chi ne fa le veci ai sensi di legge) sottoscrive, unitamente al piano personalizzato integrato di assistenza, un apposito atto di impegno (all. sub. 3 alle presenti Linee Guida) nel quale, conformemente a quanto previsto dalla D.G.R. 233/2016, :

- si impegna ad utilizzare il sostegno economico concesso quale aiuto economico a esclusivo titolo di rimborso spese totale o parziale, comprensivo, degli oneri diretti e indiretti derivanti dal contratto stipulato con l'assistente personale o con la cooperativa;

- si impegna a presentare, con periodicità stabilita dai servizi sociali territoriali, la rendicontazione delle spese sostenute per l'acquisizione dell'intervento;
- si impegna al pagamento delle spese esclusivamente con mezzi tracciabili (assegni, bonifici, ecc.) producendo a richiesta del soggetto pubblico competente copia di idonea documentazione;
- si impegna a rispettare quanto stabilito sul Piano Assistenziale Individuale;
- si impegna a riconoscere al soggetto pubblico competente il pieno esercizio della vigilanza e del controllo sull'attuazione del piano personalizzato e sull'osservanza dell'atto di impegno;
- accetta che, al verificarsi di eventuali proprie inadempienze di cui ai punti sopra elencati, il soggetto pubblico titolare del servizio contesti per iscritto tali inadempienze, assegnando un termine per la loro regolarizzazione. Trascorso inutilmente tale termine, si potrà procedere alla riduzione e/o revoca del sostegno economico ed al recupero delle somme eventualmente erogate e non giustificate.

Inoltre per chi si avvale dell'assunzione diretta di un operatore attraverso l'albo degli assistenti familiari:

- si impegna a regolarizzare il rapporto con l'assistente scelto mediante rapporto di lavoro, nel rispetto delle normative vigenti nonché all'applicazione del CCNL stipulati dalla organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale;
- si fa carico di ogni onere assicurativo, previdenziale e assistenziale scaturente dal suddetto contratto;
- si impegna a stipulare idonea polizza assicurativa RCT a favore dell'assistente personale per eventuali danni provocati a terzi;
- si impegna a concordare con il servizio sociale territoriale eventuali variazioni del piano personalizzato di assistenza.

ART. 9 DETERMINAZIONE DELL'IMPORTO RIMBORSABILE

Il Nucleo di Valutazione, di cui all'art. 6, nel Piano Assistenziale Individuale riconosce al beneficiario il numero di ore di assistenza al mese in base ai criteri di cui all'art. 10 e la figura professionale deputata a svolgerle tra quelle indicate nell'art. 5, tenuto conto che può essere riconosciuto, e quindi rimborsato, un monte ore massimo del valore compreso tra 500,00 € ed 1.000,00 € mensili, per 12 mensilità.

Ogni mese verrà rimborsato solo l'importo effettivamente speso e documentato per il numero massimo di ore riconosciuto nel Piano Assistenziale Individuale. Qualora per cause di forza maggiore in un mese il beneficiario non abbia goduto di tutto il monte ore spettante, verrà comunque rimborsato solo l'importo effettivamente speso per le ore di cui abbia realmente beneficiato senza diritto al recupero di quanto non fruito nelle mensilità successive.

ART. 10 CRITERI DI VALUTAZIONE

L'accesso al servizio viene definito in base alla graduatoria distrettuale degli ammessi stilata dal Nucleo di valutazione di cui all'Art.6 in ordine di punteggio decrescente.

Nell'attribuzione del punteggio si terrà conto delle fasce ISEE (ristretto o socio sanitario) di seguito definite:

FASCE	EURO	PUNTEGGIO
1	0,01-7.000,00	10
2	7.000,01-14.000,00	8
3	14.000,01-21.000,00	6
4	21.000,01-28.000,00	4
5	28.000,01 - 35.000,00	2
6	Da 35.000,01 in poi	0

Il modello ISEE con importo pari ad € 0,00 rientra nella prima fascia.

Inoltre, nell'attribuzione del punteggio si terrà conto delle seguenti condizioni e dei punteggi a fianco di ciascuna indicati:

- la situazione sociale, con particolare riferimento alla distanza dalle strutture eroganti i servizi sociosanitari;
- l'assenza di conviventi, o presenza di conviventi molto anziani o con manifesta difficoltà ad occuparsi della persona con disabilità;
- fruizione di altri servizi.

Le tabelle di riferimento per la determinazione del punteggio utile per la collocazione in graduatoria sono stabilite

come di seguito :

Distanza dai servizi

CHILOMETRI	PUNTEGGIO
0-10 Km	1
10-20 Km	3
Oltre 20 Km	5

Situazione Familiare

SITUAZIONE FAMILIARE	PUNTEGGIO
Vive solo	6
Vive con coniuge/altro non autosufficiente	5
Eventuale presenza di minori nel nucleo familiare	3
Vive con coniuge/altro autosufficiente	2

Altri servizi

ALTRI SERVIZI	PUNTEGGIO
Usufruisce dell'assistenza domiciliare del Comune e/o della Asl tutti i giorni	0
Usufruisce dell'assistenza domiciliare del Comune e/o della Asl saltuariamente	2
Non usufruisce	4

Sono previsti ulteriori punti, fino ad un massimo di 5, attribuibili dal Nucleo di Valutazione in ragione della particolare condizione del richiedente.

Il numero di beneficiari ammesso al servizio sarà definito in base alla disponibilità finanziaria. In caso di insufficienza di risorse, verrà costituita una lista d'attesa che scorrerà nei casi di rinuncia, decesso, mancata permanenza dei requisiti di ammissione al beneficio di utenti in carico, o in caso di ulteriori erogazioni di risorse destinate a questo intervento.

Nell'eventualità in cui gli utenti beneficiari per qualunque motivo recedano dal servizio, si procederà a nuove attivazioni secondo l'ordine di graduatoria.

I fruitori degli interventi erogati nell'ambito della c.d "disabilità gravissima" non possono accedere al servizio di assistenza domiciliare indiretta.

Tuttavia vista la lunga lista d'attesa per accedere al contributo della Disabilità Gravissima, si intende permettere l'accesso al servizio di Assistenza Domiciliare Indiretta anche a coloro che hanno presentato la domanda per la Disabilità Gravissima, ma che sono in lista d'attesa.

Al momento dello scorrimento della graduatoria per la Disabilità Gravissima, verrà chiesto all'utente di scegliere tra il mantenimento dell'Assistenza Domiciliare Indiretta oppure di rinunciare in favore del contributo per la Disabilità Gravissima.

ART. 11 PRIORITÀ DI ACCESSO AGLI INTERVENTI

A parità di punteggio, l'accesso alle misure è prioritariamente garantito alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare; in caso di ulteriore parità, si terrà conto della situazione economica di cui all'ISEE prodotto.

In caso di ulteriore parità, si terrà conto dell'ordine cronologico di presentazione della domanda in base al numero di protocollo.

ART.12 PRESENTAZIONE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

La persona disabile interessata all'Assistenza Domiciliare Indiretta oppure un tutore o chi ne garantisce protezione giuridica, deve presentare domanda di partecipazione, attraverso la compilazione dell'apposito modulo, come da modello allegato n. 1 alle presenti Linee guida, reperibile sul sito istituzionale del Comune di Tivoli e sul sito istituzionale della ASL RM 5 di Tivoli, presso gli uffici URP del Comune di Tivoli e dei comuni del distretto, e presso il P.U.A. centrale collocato in Piazza Massimo - Tivoli.

La domanda dovrà essere consegnata a mano presso gli uffici URP dei comuni del distretto, presso il PUA o via PEC all'indirizzo: info@pec.comune.tivoli.rm.it.

I Comuni del distretto e il PUA sono obbligati a trasmettere le domande in tempo reale alla pec del Comune di Tivoli info@pec.comune.tivoli.rm.it ai fini della applicazione rigorosa del criterio di cui al comma 2 dell'art. 11; incasso di ritardo, la mancata ammissione al beneficio non potrà essere imputata al Comune di Tivoli in qualità di capofila.

Alla domanda di partecipazione andrà allegato:

- copia del documento di identità in corso di validità sia del richiedente che del beneficiario se diverso dal richiedente;
- copia della certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della l. 104/92;
- certificazione sanitaria dell'utente a cura del medico curante del SSN;
- ISEE Ristretto(socio sanitario) in corso di validità;
- **solo per chi sceglierà di avvalersi dell'Assistente Familiare:** copia documento di iban postale o bancario con nominativo dell'intestatario (non verranno presi in considerazione codici iban scritti a mano);
- per i cittadini stranieri extra-EU: copia di permesso di soggiorno e/o carta di soggiorno in corso di validità;
- per i tutori: 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.

Trattandosi di un bando sempre aperto, gli interessati possono inoltrare la domanda di partecipazione in qualsiasi momento dell'anno con le modalità di cui all'avviso pubblico integrale, senza termini di scadenza fino ad esaurimento fondi.

ART.13 ISTRUTTORIA, AMMISSIONE AL SERVIZIO, RIMBORSO

Gli interventi previsti dalle presenti Linee Guida saranno erogati agli aventi diritto fino a concorrenza delle risorse disponibili in ambito distrettuale, tenendo conto dei criteri di valutazione di cui all'art.10, nonché delle priorità di accesso alle prestazioni di cui all'art. 11.

Il rimborso della prestazione verrà erogato agli ammessi al servizio mediante bonifico bancario con cadenza mensile, previa disponibilità nelle casse comunali delle risorse assegnate dalla Regione Lazio e fino a concorrenza delle somme disponibili.

Il rimborso mensile della spesa a favore di coloro che abbiano inteso assumere direttamente la figura professionale di riferimento, sarà subordinato all'avvenuta trasmissione all'Ufficio di Piano della seguente documentazione ed avvalendosi del modulo di rendicontazione allegato n. 5 alle presenti linee Guida:

- le ricevute di pagamento dei contributi INPS;- la busta paga firmata ; -le ricevute di avvenuto pagamento (bonifico bancario , postale etc).

Alla prima richiesta di rimborso dovrà essere altresì allegato copia del contratto stipulato con l'assistente familiare attestante la regolarità dell'assunzione e la durata dello stesso.

Il rimborso mensile della spesa a favore di coloro che abbiano inteso avvalersi di una soggetto accreditato presso il Comune capofila, sarà subordinato all'avvenuta trasmissione all'Ufficio di Piano della seguente documentazione ed avvalendosi del modulo di rendicontazione allegato sub alle presenti Linee Guida : fattura quietanzata e le ricevute di avvenuto pagamento (bonifico bancario , postale etc).

Con la prima richiesta di rimborso dovrà essere altresì allegato copia del contratto stipulato con il soggetto accreditato attestante la regolarità dell'assunzione e la durata dello stesso.

ART.14 ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO

L'iter di attivazione dell'Assistenza Domiciliare Indiretta è articolato come segue:

- a) in seguito all'avviso pubblico, i potenziali destinatari, oppure un tutore o chi ne garantisce protezione giuridica, presentano richiesta di attivazione dell'ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA secondo le modalità di cui all'art. 12 "Presentazione domanda di partecipazione";
- b) le domande sono protocollate, esaminate e poste in istruttoria secondo l'ordine di ricevimento. Hanno comunque precedenza in istruttoria le domande dalle quali per la certificazione medica aggiuntiva eventualmente prodotta dal beneficiario, il Nucleo di Valutazione possa desumere uno stato di grave ed urgente bisogno di intervento;
- c) l'Ufficio di Piano può chiedere ogni ulteriore documentazione ritenuta utile ai fini dell'istruttoria sull'ammissibilità formale della richiesta;
- d) il Nucleo di Valutazione attiva l'istruttoria tecnica volta alla valutazione del bisogno socio assistenziale. Tale istruttoria viene svolta attraverso una o più visite domiciliari e ogni altro strumento utile ad acquisire o approfondire le informazioni e la documentazione necessarie ad una adeguata valutazione della condizione della persona potenzialmente destinataria del Servizio. L'istruttoria tecnica si conclude con l'assegnazione di un punteggio ponderato che tiene conto dei criteri di cui agli art. 10 e 11 con l'inserimento in graduatoria;
- e) la graduatoria è approvata con provvedimento del Dirigente del Settore IV Welfare ed è determinata fino ad esaurimento del monte ore complessivo disponibile per il servizio in base alle risorse finanziarie disponibili.
- f) le richieste idonee ma collocate in graduatoria in una posizione non utile ai fini dell'assegnazione del beneficio sono inserite in lista di attesa;
- g) essendo un bando sempre aperto le domande di attivazione pervenute successivamente sono valutate ed inserite in lista di attesa a cadenza quadrimestrale;
- h) in seguito all'approvazione dell'elenco dei destinatari dell'Assistenza Domiciliare Indiretta, questi sottoscrivono l'atto di impegno di cui all'art. 6 indicando il soggetto scelto per l'erogazione del servizio tra quelli iscritti nell'Albo degli Assistenti Familiari o al Registro dei soggetti gestori di servizi pubblici di assistenza alla persona del Comune di Tivoli.

ART. 15 REVOCA DEL SERVIZIO

Il Servizio di Assistenza Domiciliare Indiretta è definitivamente revocato in caso di:

- richiesta scritta dell'utente o di chi ne fa le veci ai sensi di legge;
- trasferimento di residenza in un comune non compreso nel Distretto sociosanitario RM5.3;
- messa in atto e/o reiterazione di comportamenti o atteggiamenti aggressivi o non rispettosi, da parte dell'utente o di suoi familiari, nei confronti del personale di servizio (molestie, aggressioni anche verbali, minacce, ecc.);
- assenza prolungata (Trenta giorni o più) per ricoveri socio assistenziali o sanitari;
- accertata violazione degli impegni di cui all'Atto di Impegno sottoscritto ai sensi dell'art.6 (Mancato pagamento dell'assistente familiare, mancata applicazione delle tariffe contrattuali, ecc).

ART. 16 DISPOSIZIONI FINALI

Per ricevere informazioni e/o per essere supportato nella compilazione della domanda, è possibile contattare l'Ufficio di Segretariato Sociale e l'ufficio PUA (Punto Unico di Accesso) rispettivamente ai seguenti numeri: 0774 – 453205 e 0774 - 704763

Le presenti Linee Guida, l'Avviso Pubblico e la relativa modulistica sono pubblicati sull'Albo Pretorio del Comune di Tivoli, sul sito istituzionale del Comune di Tivoli www.comune.tivoli.rm.it, sul sito istituzionale dei Comuni del Distretto RM 5.3 nonché sul sito istituzionale della ASL Roma 5 Distretto di Tivoli.

Tutti i dati personali, acquisiti in esecuzione del presente avviso, verranno utilizzati esclusivamente per le finalità relative al procedimento amministrativo per i quali i dati anzidetti vengono comunicati e saranno trattati nel rispetto del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 in materia di protezione dei dati personali.



Comune di Tivoli Capofila

AII.1

MODULO DI DOMANDA PER IL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA

All'Ufficio di Piano del Distretto Sociale RM.5.3
c/o Comune capofila di Tivoli
Piazza del Governo, 1, 00019 Tivoli RM
per il tramite del Comune di _____

Il/la sottoscritto/a
nato/a a _____ il _____
e residente in _____ Via/ Piazza _____ n. _____
codice fiscale _____
Telefono _____
Email _____

Oppure, se impossibilitato/a,

Il/La Sottoscritto/a _____
in qualità di soggetto richiedente,
nato/a a _____ il _____,
residente in _____ Via/Piazza _____, n. _____,
tel. _____ Email _____.

in qualità di

- esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno del soggetto richiedente

CHIEDE

ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA

Il sottoscritto a tal fine dichiara:

- di aver letto e compreso l'Avviso Pubblico citato in ogni sua parte;
- di essere consapevole che, in conseguenza della presente richiesta, verrà contattato da una Unità valutativa composta da professionisti qualificati ai fini della valutazione del bisogno socioassistenziale e che tale valutazione può comportare anche la necessità di visite domiciliari e/o colloqui sociali;
- di essere consapevole che l'esito del procedimento verrà comunicato agli interessati esclusivamente mediante pubblicazione sul sito del Comune capofila di Tivoli
- Il servizio sarà erogato in due modalità alternative:
 - ✓ attraverso il rimborso effettuato dal Comune di Tivoli, in qualità di capofila, delle spese di assistenza domiciliare derivanti dall'assunzione diretta, da parte della persona diversamente abile, di un assistente familiare iscritto nel Registro Distrettuale degli Assistenti alla Persona;
 - ✓ attraverso una Card della Piattaforma Sicare sulla quale verranno caricate ogni mese le ore spendibili presso una cooperativa scelta dall'interessato fra quelle iscritte nel Registro dei soggetti gestori dei servizi alla

persona del Comune di Tivoli.

- di essere consapevole che per ricevere il rimborso delle spese per l'Assistente Familiare dovrà avere previamente sottoscritto il "Piano Assistenziale Individuale" e "l'Atto di Impegno";
- che in caso di utile collocazione in graduatoria il rimborso delle spese per l'Assistente Familiare verrà erogato agli aventi diritto mediante bonifico bancario con cadenza mensile, previa disponibilità nelle casse comunali delle risorse assegnate dalla Regione Lazio e fino a concorrenza delle somme disponibili e solamente dopo che l'Ufficio di Piano abbia ricevuto la documentazione attestante l'avvenuto pagamento delle prestazioni all'assistente familiare regolarmente assunto ai sensi dell'art. 5 delle Linee Guida.

Il sottoscritto inoltre dichiara di **percepire** ovvero **non percepire** il Reddito di cittadinanza

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:

- copia del documento di identità in corso di validità sia del richiedente che del beneficiario se diverso dal richiedente;
- copia della certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della l. 104/92;
- certificazione sanitaria dell'utente a cura del medico curante del SSN;
- ISEE Ristretto(socio sanitario) in corso di validità;
- **solo per chi sceglierà di avvalersi dell'Assistente Familiare:** copia documento di iban postale o bancario con nominativo dell'intestatario (non verranno presi in considerazione codici iban scritti a mano);
- per i cittadini stranieri extra-EU: copia di permesso di soggiorno e/o carta di soggiorno in corso di validità;
- per i tutori: 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.

Trattandosi di un bando sempre aperto, gli interessati possono inoltrare la domanda di partecipazione in qualsiasi momento dell'anno con le modalità di cui all'avviso pubblico integrale, senza termini di scadenza fino a concorrenza delle somme disponibili.

Il sottoscritto autorizza l'uso e il trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza ai sensi della legislazione vigente in materia, con le modalità e per le finalità strettamente connesse e strumentali all'istruttoria e alla conseguente eventuale concessione dell'assegno di cura per l'Assistenza Domiciliare Indiretta.

Tivoli,

firma

Utente anziano diversamente abile

Il Sig./ra _____
 nato/a a _____ il _____ residente a _____
 in _____ n. _____ CAP _____
 domiciliato presso _____ a _____ all'indirizzo _____
 _____ sesso _____ stato civile _____
 tel. _____ email _____ C.F. _____
 _____;

Patologie sanitarie di rilievo

Luogo e Data

Firma Medico curante

SCHEDA NON AUTOSUFFICIENZA

Nome _____ Cognome _____

<p>GRADO DI NON AUTOSUFFICIENZA</p> <p><input type="checkbox"/> Non presenti <input type="checkbox"/> In via di guarigione <input type="checkbox"/> Croniche <input type="checkbox"/> Degenerative</p> <p>IGIENE PERSONALE</p> <p><input type="checkbox"/> Non autosufficiente <input type="checkbox"/> Necessita di aiuto <input type="checkbox"/> Autosufficiente</p> <p>VESTIZIONE</p> <p><input type="checkbox"/> Non autosufficiente <input type="checkbox"/> Necessita di aiuto <input type="checkbox"/> Autosufficiente</p>	<p>ALIMENTAZIONE</p> <p><input type="checkbox"/> Non autosufficiente <input type="checkbox"/> Necessita di aiuto <input type="checkbox"/> Autosufficiente</p> <p>MOBILITAZIONE IN CASA E ALL'ESTERNO</p> <p><input type="checkbox"/> Non autosufficiente <input type="checkbox"/> Necessita di aiuto <input type="checkbox"/> Autosufficiente</p> <p>ORIENTAMENTO SPAZIO TEMPORALE</p> <p><input type="checkbox"/> Non orientato <input type="checkbox"/> Parzialmente orientato <input type="checkbox"/> Ben orientato</p>
--	--

Luogo e Data

Timbro e Firma



Comune di Tivoli Capofila

All.3

ATTO D'IMPEGNO PER IL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA

(Da compilare solo per chi sceglie l'assistente familiare)

All'Ufficio di Piano del Distretto Sociale RM.5.3
c/o Comune capofila di Tivoli
Piazza del Governo, 1, 00019 Tivoli RM
per il tramite del Comune di _____

Il/la sottoscritto/a
nato/a a _____ il _____
e residente in _____ Via/ Piazza _____ n. _____
codice fiscale _____
telefono _____
Email _____

Oppure, se impossibilitato/a,

Il/La Sottoscritto/a _____

in qualità di soggetto richiedente,

nato/a a _____ il _____,
residente in _____ Via/Piazza _____, n. _____
tel. _____ Email _____.

in qualità di

- esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno del soggetto richiedente

PER IL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA SCEGLIE DI AVVALERSI:

assistente familiare (Nome e Cognome _____)
iscritto nel Registro Distrettuale degli Assistenti alla Persona del Comune di Tivoli

E' consapevole che ogni mese:

- verrà rimborsato solo l'importo effettivamente speso e documentato per il numero massimo di ore riconosciuto nel Piano Assistenziale Individuale;

- qualora per cause di forza maggiore in un mese non abbia goduto di tutto il monte ore spettante, verrà comunque rimborsato solo l'importo effettivamente speso per le ore di cui abbia realmente beneficiato senza diritto al recupero di quanto non fruito nelle mensilità successive.

SI IMPEGNA
a rispettare quanto segue:

- ad utilizzare il sostegno economico concesso quale aiuto economico a esclusivo titolo di rimborso spese totale o parziale, comprensivo degli oneri diretti e indiretti derivanti dal contratto stipulato con l'assistente personale o con la cooperativa;
- a presentare all'Ufficio di Piano, con periodicità stabilita, la rendicontazione delle spese sostenute per l'acquisizione dell'intervento;
- al pagamento delle spese a proprio carico esclusivamente con mezzi tracciabili (assegni, bonifici, ecc.) producendo a richiesta del soggetto pubblico competente copia di idonea documentazione;
- a rispettare quanto stabilito sul Piano Assistenziale Individuale;
- a riconoscere al soggetto pubblico competente il pieno esercizio della vigilanza e del controllo sull'attuazione del piano personalizzato e sull'osservanza dell'atto di impegno.

Lo scrivente, con la sottoscrizione del presente patto, accetta che, al verificarsi di eventuali proprie inadempienze di cui ai punti sopra elencati, il soggetto pubblico titolare del servizio contesti per iscritto tali inadempienze, assegnando un termine per la loro regolarizzazione.

SI IMPEGNA
altresì:

- a stipulare regolare contratto di lavoro nel rispetto della normativa vigente e degli inquadramenti contrattuali previsti dai contratti collettivi stipulati dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale con l'assistente familiare, attestante la regolarità dell'assunzione e la durata dello stesso da inviare all'Ufficio di Piano con la prima richiesta di rimborso;
- al pagamento del corrispettivo secondo quanto indicato nel contratto di lavoro;
- a farsi carico di ogni onere assicurativo, previdenziale e assistenziale scaturente dal suddetto contratto;
- a stipulare idonea polizza assicurativa RCT a favore dell'assistente personale per eventuali danni provocati terzi;
- a concordare con il servizio sociale territoriale eventuali variazioni del piano personalizzato di assistenza.

Tivoli,

firma

Assistenza Domiciliare Indiretta

Autorizzazione accredito rimborso delle spese documentate di assistenza nell'ambito di programmi previamente concordati con il Servizio Sociale Distrettuale. (Da compilare solo per chi sceglie l'assistente familiare)

All'Ufficio di Piano del Distretto Sociale RM.5.3
 c/o Comune capofila di Tivoli
 Piazza del Governo, 1, 00019 Tivoli RM
 per il tramite del Comune di _____

Il sottoscritto/a _____
 nato a _____ il _____
 residente in via/piazza _____ n. _____
 Comune di _____ CAP _____ Prov. _____
 telefono _____ (Obbligatorio) cell _____
 CODICE FISCALE _____

Oppure, se impossibilitato/a,

Il/La Sottoscritto/a _____

in qualità di esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno del soggetto richiedente,

nato/a a _____ il _____,
 residente in _____ Via/Piazza _____, n. _____
 tel. _____ Email _____
 CODICE FISCALE _____

AUTORIZZA

Che l'accredito del rimborso delle spese avvenga sul c/c :

Postale n. _____ IBAN _____
 Bancario n. _____ IBAN _____

Intestato a _____
 nato a _____ il _____
 residente in via/piazza _____ n. _____
 Comune di _____ CAP _____ Prov. _____
 telefono _____ (Obbligatorio) cell _____
 Codice Fiscale _____

Si dichiara inoltre che l'eventuale contributo economico richiesto è vincolato, ai sensi del decreto sulla trasparenza (DLgs n. 33/2013 artt. 26 e 277) e alle indicazioni tecniche fornite dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, alla pubblicazione sul sito Amministrazione trasparente del Comune di Tivoli e nella sezione Albo Pretorio on-line del sito istituzionale, dei propri dati e dell'importo del contributo richiesto.

Il Dichiarante

Luogo e Data

.....

Assistenza Domiciliare Indiretta – Modello di rendicontazione ai fini del rimborso delle spese

(Da compilare solo per chi sceglie l'assistente familiare)

All'Ufficio di Piano del Distretto Sociale RM.5.3
c/o Comune capofila di Tivoli
Piazza del Governo, 1, 00019 Tivoli RM
per il tramite del Comune di _____

Il/La sottoscritto/a

in qualità di beneficiario

oppure

in qualità di tutore di

richiede

il rimborso delle spese sostenute per gli interventi di assistenza indiretta relativa al mese di cui si rendiconta

quanto segue:

mese	Ore effettuate	Spesa €

A tal fine si allega:

- le ricevute di pagamento dei contributi INPS;
- la busta paga firmata;
- le ricevute di avvenuto pagamento (bonifico bancario , postale etc).

Distinti saluti.

Luogo e data _____

Il richiedente
