AMBITO TERRITORIALE OTTIMALE VITERBO

PER LA REALIZZAZIONE DI AZIONI DI SISTEMA

IN FAVORE DI MALATI DI ALZHEIMER E LORO FAMILIARI

Servizi Sociali - ... Famiglie-dell'Infanzia
... Integrazione Socio Sanitaria
... Università -Decentramento
15 MAR. 2019
Prot. N° 24085

Distretti Socio Assistenziali VT1-VT2-VT3-VT4-VT5
ASL Viterbo
COMUNE DI VITERBO - CAPOFILA

AVVISO PUBBLICO

INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DALLA PATOLOGIA DI ALZHEIMER

Entro il giorno **31 maggio 2019** si possono presentare le domande per l'attivazione di assegni di cura o contributi di cura (meglio descritti al successivo punto 2) destinati a forme di assistenza domiciliare in favore di persone affette dalla patologia di Alzheimer.

L'erogazione del beneficio è incompatibile con il ricovero permanente residenziale in struttura sanitaria, socio sanitaria o sociale.

1) DESTINATARI

Sono destinatarie dell'intervento di cui sopra le persone residenti nei Comuni dei Distretti Socio-sanitari VT1 – VT2 – VT3 – VT4 – VT5 (intera Provincia di Viterbo), in possesso di diagnosi della patologia di Alzheimer, che non siano stabilmente ricoverate in struttura residenziale.
Devono presentare domanda, se interessate, anche le persone che hanno già in corso l'attuazione di un PAI afferente alla precedente annualità di finanziamento regionale.

2) NATURA ED ENTITA' DEL CONTRIBUTO E MODALITA' DI PRESENTAZIONE DEL RENDICONTO

Nei limiti del finanziamento attribuito dalla Regione, il Comune di Viterbo, in qualità di Capofila dell'Ambito Viterbo, in base alla scelta effettuata dal richiedente e confermata in sede di sottoscrizione del piano assistenziale predisposto dall'Unità Valutativa Multidimensionale, eroga:

a) un **contributo di cura** (€ 700,00 mensili per dodici mesi) che verrà liquidato trimestralmente e che prevede la possibilità di attuare il piano assistenziale ricorrendo alla figura del *caregiver* familiare purchè convivente; è previsto inoltre un budget annuo di € 1.200,00 che può essere utilizzato per la copertura dei costi relativi all'impiego di personale qualificato per la sostituzione del *caregiver* familiare in caso di interventi di sollievo programmati o interventi di sollievo di emergenza

b) un **assegno di cura** (minimo € 800,00 fino a € 1.200,00 mensili per dodici mesi) che verrà liquidato trimestralmente per il rimborso della spesa mensile per l'assunzione diretta di un operatore qualificato a prestare servizi di assistenza alla persona o per l'acquisto delle medesime

C_C816 - - 1 - 2019-03-21 - 0010558

prestazioni da una compagine sociale accreditata con la quale sottoscrivere un apposito contratto assistenziale.
Non vengono finanziate le spese derivanti da rapporti di lavoro realizzati con i familiari ed affini, come individuati dall'art. 433 del Codice Civile.
L'importo dell'assegno di cura è in ogni caso contenuto nei limiti dell'ammontare delle spese mensili effettivamente sostenute e rendicontate.
L'utente dovrà esibire, attraverso la rendicontazione, idonea documentazione attestante le spese mensili sostenute effettuando i pagamenti mensili esclusivamente con mezzi tracciabili (bonifico o assegno). La rendicontazione deve essere presentata, tramite al Comune di residenza, al Capofila del Distretto di appartenenza.
L'operatore deve essere assunto con regolare contratto di lavoro e, ai sensi della D.G.R. n. 223 del 3 maggio 2016 e ss.mm.ii, essere **iscritto** ad uno dei Registri dei Distretti dell'Ambito Viterbo degli operatori qualificati a prestare servizi alla persona.
Il beneficiario deve provvedere a stipulare idonea polizza assicurativa RCT in favore dell'operatore per eventuali danni causati a terzi e a sottoscrivere l'atto di impegno come predisposto dal Comune Capofila.
Il rimborso avviene entro sessanta giorni dalla data di presentazione della rendicontazione relativa alla spesa assistenziale sostenuta e alla regolarità del rapporto di lavoro instaurato con l'operatore; restano a carico dei beneficiari gli oneri assicurativi, previdenziali e assistenziali scaturenti dal contratto di lavoro.
Nel caso di prestazioni assistenziali acquistate da una compagine sociale **accreditata** presso uno dei Distretti dell'Ambito Viterbo, il rimborso avviene dietro presentazione di fattura mensile intestata al beneficiario e relativo bonifico mensile attestante il pagamento.

Qualora la situazione personale o familiare lo richieda, l'intervento potrà avere luogo in forma **diretta**, per i medesimi importi e durata massimi.

In ogni caso l'erogazione è subordinata alla verifica della permanenza presso il domicilio dell'utente nel periodo per il quale viene richiesto il rimborso delle spese di assistenza.

Per gli utenti residenti nei Distretti VT1-VT2-VT4-VT5, le liquidazioni avvengono a seguito di nulla-osta dei Responsabili di ciascun Distretto, che lo rilasciano previo controllo del rendiconto e verifica del rispetto e della permanenza di tutte le condizioni di cui al presente Avviso.

3) VALUTAZIONE SOCIO SANITARIA E P.A.I.

La graduatoria per l'ammissione al beneficio, unica per tutto l'ATO, verrà stilata sulla base dei seguenti criteri:
- livello di gravità certificato dal Servizio Valutazione Demenze della ASL (massimo 40 punti)
- valutazione socio-economica (massimo 60 punti)

A parità di punteggio, avrà precedenza la persona con il punteggio più alto nella situazione sanitaria e, in caso di ulteriore parità, quella con ISEE minore.
La graduatoria sarà predisposta dall'Ufficio d'Ambito e depositata, previa pubblicazione di avviso, presso ciascun Distretto.
Per i soggetti utilmente collocati in graduatoria, l'Unità Valutativa Multidimensionale del Distretto di appartenenza (UVM) provvederà alla redazione del PAI (Piano Assistenziale Individualizzato), contenente gli obiettivi da perseguire con l'intervento, elaborato tenendo conto delle condizioni e delle necessità della persona, considerata globalmente nel proprio contesto di vita.
Il Piano assistenziale concordato con l'equipe multidisciplinare deve essere attivato entro tre mesi dalla sottoscrizione; trascorso tale termine decade il diritto al beneficio.

C_C816 - - 1 - 2019-03-21 - 0010558

4) DECORRENZA, VARIAZIONI, CESSAZIONE.

Il **contributo di cura** decorre dalla data di sottoscrizione del piano assistenziale.
L'**assegno di cura**, previa sottoscrizione del piano assistenziale, decorre dalla data di regolarizzazione del rapporto di lavoro con l'assistente familiare prescelto iscritto nel Registro Distrettuale degli operatori abilitati a prestare servizi di assistenza alla persona, se successivo alla sottoscrizione del piano assistenziale.
In caso di acquisto delle prestazioni assistenziali da una compagine sociale accreditata, l'assegno di cura decorre dalla data di sottoscrizione del contratto assistenziale.
La variazione o cessazione dell'intervento può avvenire o su richiesta dell'interessato o su decisione dell'équipe valutativa multidisciplinare nel caso in cui il beneficiario non utilizzi il servizio per gli obiettivi del PAI. In ogni caso il servizio sociale del Comune di residenza, quale case-manager, dovrà darne comunicazione all'Ufficio d'Ambito per l'aggiornamento della graduatoria sovradistrettuale e l'eventuale scorrimento della stessa.
Il beneficio cessa allo scadere della durata prevista dal PAI, salvo eventuale rinnovo.
La verifica sull'andamento del progetto assistenziale e sulla realizzazione degli obiettivi viene effettuata periodicamente dal servizio sociale del Comune di residenza, quale case-manager, inserito nell'UVM di ogni Distretto.

5) MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

La domanda deve essere presentata dalla persona interessata o da familiare/tutore/curatore/amministratore di sostegno, utilizzando unicamente l'apposito modulo, allegato al presente Avviso; essa deve pervenire al Comune di residenza del beneficiario entro il giorno **31 maggio 2019.**

Alla domanda, correttamente compilata in ogni sua parte e debitamente sottoscritta, deve essere allegata la seguente documentazione:

Attestazione ISEE socio sanitario
Certificazione del Servizio Valutazione Demenze della ASL, con livello di gravità
Copia del decreto di nomina a tutore/curatore/amministratore di sostegno (ove ricorra il caso)
Copia di documento in corso di validità e del codice fiscale del richiedente (se diverso dall'interessato)
Copia di documento in corso di validità e del codice fiscale del paziente
Atto di impegno, come previsto dalla D.G.R. n. 223/2016 e ss.mm.ii., debitamente sottoscritto.

I Comuni di residenza, qualora riscontrino delle irregolarità, inviteranno i richiedenti a regolarizzare la domanda e successivamente, in caso di permanenza delle irregolarità riscontrate, provvederanno ad escludere le istanze:

- che non siano redatte utilizzando l'apposita modulistica
- presentate da soggetto non ammissibile
- non debitamente sottoscritte
- non complete della documentazione richiesta

Per ogni ulteriore informazione i cittadini possono rivolgersi:

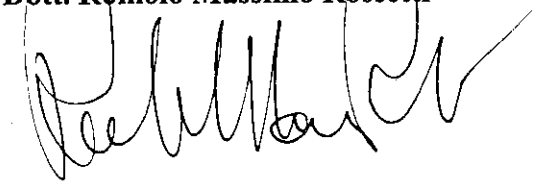
- Al Servizio Sociale Professionale del proprio Comune di residenza

C_C816 - - 1 - 2019-03-21 - 0010558

- Al PUA (Punto Unico di Accesso) dei Distretti di appartenenza
- Agli Sportelli del Segretariato Sociale dei Distretti di appartenenza.

Ai sensi del DPR n. 445/00 le dichiarazioni mendaci, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dalla legge sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia. I cittadini interessati decadranno, inoltre, dai benefici eventualmente ottenuti (art. 75 D.P.R. n. 445/2000).
Il trattamento dei dati personali forniti e raccolti avrà luogo nel rispetto del Regolamento (UE) 2016\679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27\4\2016.

IL DIRIGENTE DEL SETTORE V DEL COMUNE DI VITERBO
Capofila dell'Ambito Viterbo
Dott. Romolo Massimo Rossetti



C_C816 - - 1 - 2019-03-21 - 0010558

Modello di domanda

Al Comune di Viterbo
Capofila dell'Ambito VITERBO
tramite il Comune di .....
(Comune di residenza)

DOMANDA PER L'ATTRIBUZIONE DEI BENEFICI PREVISTI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DALLA PATOLOGIA DI ALZHEIMER

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Nato/a _____ il _____

residente in via _____ n. _____

Comune _____

Telefono _____

In qualità di (barrare con una crocetta la voce che interessa):

- diretto interessato
- familiare
- familiare convivente
- tutore, curatore o amministratore di sostegno

CHIEDE L'ATTIBUZIONE DI

[ ] ASSEGNO DI CURA
minimo € 800,00 fino a € 1.200,00 mensili per 12 mesi, liquidato trimestralmente per il rimborso della spesa **mensile** per l'assunzione diretta di un operatore qualificato a prestare servizi di assistenza alla persona o per l'acquisto delle medesime prestazioni da una compagine sociale **accreditata** con la quale sottoscrivere un apposito contratto assistenziale.

[ ] CONTRIBUTO DI CURA
€ 700,00 mensili per dodici mesi, liquidato trimestralmente, che prevede la possibilità di attuare il piano assistenziale ricorrendo alla figura del *caregiver* familiare purchè convivente; eventuale contributo di € 1200,00 una tantum (per la copertura dei costi relativi all'impiego di personale qualificato per la sostituzione del *caregiver* familiare in caso di interventi di sollievo programmati o interventi di sollievo di emergenza)

C_C816 - - 1 - 2019-03-21 - 0010558

A FAVORE DI

(Dati anagrafici della persona affetta dalla patologia di Alzheimer, se diversa dal richiedente)

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Nato/a a _____ il _____

residente in via _____ n. _____

Comune _____

Telefono _____

A tale scopo il richiedente **dichiara** di conoscere ed accettare tutte le clausole e condizioni previste dal relativo avviso pubblico.

Dichiara inoltre di essere informato ed accettare che il rimborso avviene:

- in caso di **assegno di cura**, trimestralmente, nel trimestre successivo ed entro sessanta giorni dalla data di presentazione della documentazione relativa alle spese assistenziali sostenute e alla regolarità del rapporto di lavoro instaurato con l'operatore o dalla data di presentazione della fattura mensile della compagine sociale a seguito di verifica della permanenza presso il proprio domicilio dell'utente e verifica della correttezza del rendiconto;
- in caso di **contributo di cura,** trimestralmente, nel trimestre successivo a seguito di verifica della permanenza presso il proprio domicilio dell'utente nel mese a cui si riferisce il contributo; a tale riguardo il *caregiver* dovrà rilasciare apposita dichiarazione entro i primi cinque giorni del mese successivo

Dichiara altresì di essere a conoscenza ed accettare che il beneficio:

- è sospeso nei casi di ricovero permanente in strutture a carattere residenziale
- è concesso per la durata compatibile con il numero e la gravità dei casi utilmente collocati nella graduatoria dell'Ambito Viterbo e i finanziamenti attribuiti dalla Regione Lazio
- è concesso a condizione che l'assistente familiare prescelto sia iscritto al competente Registro Distrettuale degli operatori qualificati a prestare servizi alla persona istituito ai sensi della D.G.R. n. 223/2016 e ss.mm.ii. o, nel caso di acquisizione del servizio da una compagine sociale, quest'ultima risulti accreditata.
- è attivabile a condizione che l'utente sottoscriva il piano assistenziale concordato con gli operatori dell'UVM, la relativa scheda riassuntiva e l'atto di impegno previsto dalla D.G.R. n. 104/2017
- è contenuto, nel caso di assegno di cura, nei limiti dell'ammontare delle spese mensili effettivamente sostenute e rendicontate

C_C816 - - 1 - 2019-03-21 - 0010558

- che il Comune di residenza, ai sensi dell'art. 71 D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti.

Comunica che il codice IBAN per il versamento è il seguente:

IBAN _____

Intestato a _____

(allegare copia del codice IBAN)

Il Comune di Viterbo Capofila è sollevato da ogni qualsiasi onere e responsabilità sia relativamente all'osservanza di disposizioni di legge e regolamenti, sia per qualunque atto od omissione, da parte degli operatori, nei confronti degli utenti e di terzi che possano cagionare responsabilità amministrative, civili e penali.

DATA ____/____/_____

FIRMA _____

Allegati alla presente domanda:

- Certificazione del Servizio Valutazione Demenze della ASL, con livello di gravità
- Attestazione ISEE socio sanitario in corso di validità della persona affetta da patologia di Alzheimer
- Copia di documento in corso di validità e del codice fiscale della persona affetta da patologia di Alzheimer
- Copia di documento in corso di validità e del codice fiscale del richiedente (se diverso dall'interessato)
- Atto di impegno D.G.R. n. 104/2017 su modulo allegato all'avviso, debitamente sottoscritto
- Copia del decreto di nomina a tutore/curatore/amministratore di sostegno (se ricorre il caso)

"Il titolare del trattamento è il Comune di Viterbo, con sede in Via Filippo Ascenzi, 1 Viterbo, in qualità di Capofila dell'Ambito Viterbo, PEC protocollo@pec.comuneviterbo.it. Il Responsabile della Protezione dati, denominato anche DPO (Data Protection Officer), è l'Ing. Riccardo Cocozza, con recapito in Viterbo - Via Filippo Ascenzi n.1 – contattabile all'indirizzo PEC: protocollo@pec.comuneviterbo.it. Il conferimento, esercitato direttamente dall'interessato o da chi ne esercita la tutela, è obbligatorio e in assenza delle informazioni richieste non sarà possibile accogliere l'istanza. I dati personali e particolari dell'interessato e del richiedente, se diverso dall'interessato, saranno trattati unicamente per la valutazione preliminare dei requisiti di acceso al beneficio, per il successivo perfezionamento della pratica e, a seguito di esito positivo, per l'elargizione del contributo. Tali finalità sono da considerarsi nell'ambito dell'erogazione di servizi di pubblico interesse da parte del titolare e obbligo di legge. Non è prevista comunicazione dei dati, se non quella prevista per legge in materia di trasparenza e anticorruzione (D.lgs 33/2013 "Trasparenza"), né trasferimento dei dati in paesi terzi. Le informazioni saranno conservate per il periodo necessario al perseguimento delle finalità, nel rispetto degli obblighi di legge. Gli interessati potranno esercitare i diritti previsti dagli articoli da 15 a 21 del Regolamento generale sulla protezione dei dati 2016/679 ("GDPR), qualora ammesso.Resta ferma la possibilità di presentare un reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, con sede in Roma, Piazza Venezia 11 . e-mail a: garante@gpdp.it, pec protocollo@pec.gdpd.it"

C_C816 - - 1 - 2019-03-21 - 0010558

ATTO DI IMPEGNO
ai sensi della D.G.R. n. 223/2016 e ss.mm.ii. e D.G.R. n. 104/2017

Il Sottoscritto

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Nato/a _____ il _____

residente in via _____ n. _____

Comune _____

Telefono _____

In qualità di :

- diretto interessato
- familiare convivente
- familiare
- tutore, curatore o amministratore di sostegno

In relazione alla richiesta di benefici previsti in favore di persone affette dalla patologia di Alzheimer

- si impegna ad utilizzare l'assegno di cura a esclusivo titolo di rimborso spese totale o parziale, comprensivo degli oneri diretti e indiretti derivanti dal contratto stipulato con l'assistente personale ed è conoscenza che il beneficio, in caso di assegno, è contenuto nei limiti dell'ammontare delle spese **mensili** effettivamente sostenute e rendicontate;
- si impegna, nel caso di assegno di cura, a regolarizzare il rapporto con l'assistente scelto mediante rapporto di lavoro, nel rispetto delle normative vigenti;
- 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;
- si impegna a presentare, con le modalità previste dall'avviso, la rendicontazione delle spese sostenute nel mese per l'acquisizione dell'intervento;
- si impegna a presentare un contratto di assistenza qualora si rivolga ad una compagine sociale accreditata;
- si impegna al pagamento delle spese esclusivamente con mezzi tracciabili (assegni, bonifici, ecc.) producendo copia di idonea documentazione;
- si impegna a riconoscere al Distretto di appartenenza 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, vengano contestate per iscritto tali inadempienze, assegnando un termine per la loro regolarizzazione; trascorso inutilmente tale termine si potrà procedere alla riduzione e/o

C_C816 - - 1 - 2019-03-21 - 0010558

revoca del sostegno economico ed al recupero delle somme eventualmente erogate e non giustificate;

- si impegna ad attivare il piano personalizzato di assistenza entro 3 mesi dalla sottoscrizione del presente atto; trascorso tale termine decade il diritto all'intervento;
- accetta tutte le condizioni previste dall'avviso pubblico per l'accesso al beneficio;
- accetta di osservare ogni norma di legge o regolamentare riguardante l'intervento in esame.

Firma _____

C_C816 - - 1 - 2019-03-21 - 0010558