ATTO D'IMPEGNO
PER LA REALIZZAZIONE DEL PIANO INDIVIDUALE DI AIUTO GESTITO IN FORMA INDIRETTA A FAVORE DEGLI UTENTI AFFETTI DA PATOLOGIE GRAVISSIME

Premessa

Verificata la disponibilità di idonee risorse economiche, viene definito un piano d'intervento concordato e condiviso con i Servizi sodali del Distretto VT/2, i Servizi della ASL, dalla persona interessata e/o dai familiari o chi ne fa le veci. Il piano deve essere specifico per i bisogni da soddisfare, prevedibilmente efficace, di tutela della parte più debole, di aiuto a superare stati di dipendenza. Nella definizione del piano viene stabilita di comune accordo la modalità di attuazione dell'intervento: indiretta – caregiver.

E' possibile accedere a forme di assistenza indiretta quando il progetto personalizzato richiede prestazioni inerenti il superamento di stati di non autosufficienza, relativi a situazioni personali che impediscono lo *svolgimento di una o più funzioni essenziali della vita* (cura e mantenimento del proprio corpo, interventi nella sfera motoria e sensoriale, interventi per l'alimentazione, per l'igiene della persona e dell'ambiente di vita, per la mobilità e di supporto nello svolgimento delle attività di ordine materiale in ambito familiare).

Pertanto:

Tutti gli utenti affetti da *"patologie gravissime"* possono accedere alla modalità di assistenza indiretta per tutti gli interventi riferiti al superamento di stati di non autosufficienza che hanno l'effetto di limitare la persona nello svolgimento di funzioni essenziali della vita. Tale possibilità - ovviamente subordinata alla disponibilità di idonee risorse finanziarie - sarà concordata con il Servizio Sociale comunale sulla base di un progetto personalizzato e condiviso dalla persona interessata e/o dai familiari e dal competente servizio della ASL.

Preso atto di quanto sopra esposto:

Il/La sottoscritto/a .....
nato/a a..... il.....
domiciliato/a .....in via .....
tel .....
ha presentato una richiesta di fruizione di un servizio di aiuto personale in forma indiretta, ai sensi della D.G.R. Lazio 897/2021.

Il Distretto VT/2 nel rispetto della normativa vigente e verificata la disponibilità di idonee risorse economiche, con Determinazione Dirigenziale n ..... del ..... ha autorizzato l'accesso al servizio di aiuto personale attraverso il rimborso mensile omnicomprensivo di € .....

Pertanto il sottoscritto si impegna ad utilizzare tale somma concessa dall'Amministrazione quale aiuto economico per l'assistenza alla persona in forma indiretta così come di seguito specificato.

Il Servizio di aiuto alla persona gestito in forma indiretta viene realizzato secondo il piano di aiuto personale preventivamente concordato e firmato dal Distretto VT/2, dalla ASL e dal sottoscritto e gestito in forma indiretta, con verifica dell'efficacia delle prestazioni.

Sulla base di tale programma - sottoscritto prima dell'adozione della citata Determinazione Dirigenziale autorizzativa - il Distretto VT/2 corrisponde in via posticipata la somma di € ....., comprensiva di ogni onere correlato al servizio, quale rimborso per la spesa sostenuta dall'utente per l'assistenza nella forma indiretta.

Il sottoscritto si impegna a presentare, con cadenza mensile, la rendicontazione delle spese sostenute. Il Distretto VT/2 a seguito di verifica della documentazione provvede alla erogazione del rimborso con cadenza mensile.

Inoltre:

1. il sottoscritto è libero di scegliere il personale qualificato direttamente e/o indirettamente, per mezzo di organizzazioni di sua fiducia;
2. è informato ed accetta che il rimborso non verrà erogato per i rapporti di lavoro instaurati con i familiari indicati all'articolo 433 codice civile nonché i conviventi;
3. si impegna a regolarizzare il rapporto con il personale qualificato mediante un contratto di lavoro di categoria nel rispetto della normativa vigente;
4. si impegna a definire un protocollo operativo scritto concordato con gli personale qualificato da presentare al Servizio Sociale del Comune di residenza;
5. accetta che sia a proprio carico *ogni onere assicurativo, previdenziale e assistenziale* riguardante il personale qualificato impegnati nelle attività assistenziali, fornendo la necessaria documentazione probatoria al Servizio Sociale del Comune di residenza;
6. si impegna stipulare idonea polizza assicurativa RCT a favore del personale qualificato impegnati nel servizio, sollevando l'Amministrazione comunale da ogni onere e responsabilità relativamente all'osservanza di disposizioni di legge e regolamenti e per qualsiasi azione od omissione;
7. si impegna a non destinare le risorse economiche ottenute ad altri scopi diversi dal servizio di cui al presente atto.

Il sottoscritto riconosce al Servizio Sociale del Comune di residenza il pieno esercizio di vigilanza e controllo sull'osservanza del presente atto d'impegno.

Il sottoscritto infine accetta che, al verificarsi di eventuali proprie inadempienze di cui ai punti 2, 3, 4, 5, 6, 7, il Servizio Sociale del Comune di residenza gli contesti per iscritto tali inadempienze, assegnando un termine per la loro giustificazione. Trascorso tale termine, l'Amministrazione, a seguito di valutazione delle stesse, se del caso, si riserva di procedere alla revoca dell'autorizzazione al servizio ed al recupero delle somme eventualmente erogate e non giustificate.

Comune di ..... *Firma*

C_C816 - - 1 - 2022-02-04 - 0004070