



Comune di Frosinone



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
FROSINONE



REGIONE
LAZIO

Il Comune di Frosinone
in qualità di Capofila del Distretto Sociale B di Frosinone per l'attuazione degli
“Interventi in favore di persone in condizioni di disabilità con necessità di sostegno intensivo”
(DISABILITA' GRAVISSIMA)

- VISTA la Legge n. 328 del 28 novembre 2000;
- VISTA la Legge Regionale n. 11 del 10 agosto 2016;
- VISTO il Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016;
- VISTA la Deliberazione di Consiglio Regionale n. 1/2019;
- VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 897/2021;
- VISTA la Legge n. 234/2021;
- VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 658/2023;
- VISTA la Legge Regionale n. 5/2024;
- VISTO il D. Lgs n. 62 del 2024;
- VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 751/2024;

RENDE NOTA

L'apertura dei termini per la presentazione delle richieste di accesso agli interventi di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 897 del 08/12/2021 “Aggiornamento linee guida regionali per la programmazione territoriale delle **prestazioni assistenziali domiciliari in favore degli utenti in condizione di disabilità gravissima**”.

Gli interventi sono classificati dal Nomenclatore strutture, servizi e interventi sociali della Regione Lazio nell'ambito della Macroattività C Interventi per favorire la domiciliarità – Codifica C1_G1 Assistenza domiciliare socio assistenziale – Assistenza domiciliare e Codifica C2_G5 Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari – Assegni di cura.

DESTINATARI

Possono presentare istanza di accesso agli interventi previsti i cittadini residenti nei 23 Comuni del Distretto Sociale B di Frosinone (Amaseno, Arnara, Boville Ernica, Castro dei Volsci, Ceccano, Ceprano, Falvaterra, Ferentino, Frosinone, Fumone, Giuliano di Roma, Morolo, Pastena, Patrica, Pofi, Ripi, San Giovanni Incarico, Strangolagalli, Supino, Torrice, Vallecorsa, Veroli e Villa Santo Stefano) in condizioni di disabilità con necessità di sostegno intensivo, ivi comprese le persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) e in stato di demenza molto grave (anche con morbo di Alzheimer), come definiti **dall'art. 3 del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016**.

Ai soli fini del Decreto, si intendono in **condizione di disabilità con necessità di sostegno intensivo**, 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 $QI \leq 34$ 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.

Nel caso in cui le condizioni di cui alle lettere a) e d) siano determinate da eventi traumatici e l'accertamento dell'invalidità non sia ancora definito ai sensi delle disposizioni vigenti, gli interessati possono comunque accedere ai benefici previsti dalla Regione Lazio, nelle more della definizione del processo di accertamento, in presenza di una diagnosi medica di patologia o menomazione da parte dello specialista di riferimento che accompagni il rilievo funzionale.

L'accertamento della patologia determinante dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza/stato di gravità devono essere obbligatoriamente certificati da una Struttura sanitaria pubblica e prodotti, come parte integrante dell'istanza, mediante la Scheda di certificazione sanitaria (**Allegato 1**). La Scheda dovrà essere debitamente compilata in ogni sua parte, timbrata e firmata dal Medico specialista competente per la patologia certificata e dovrà riportare, laddove previsto, i punteggi relativi alle scale di valutazione indicate. Nel caso in cui la patologia indicata rientri nel punto i) è necessario specificare la diagnosi o allegare una certificazione dalla quale si evinca la condizione di disabilità con necessità di sostegno intensivo.

In caso di Scheda non adeguatamente compilata non potrà essere valutata la condizione sanitaria del richiedente e verificare il possesso dei requisiti di accesso ai benefici, pertanto l'istanza sarà esclusa.

INTERVENTI

Il presente avviso è finalizzato a favorire la permanenza delle persone in condizioni di disabilità con necessità di sostegno intensivo nel proprio ambiente domestico e prevede, nel rispetto della libertà di scelta della persona, l'accesso ai seguenti interventi domiciliari, che hanno carattere alternativo e non sono cumulabili tra di loro:

1.SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE DIRETTA

2.SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA

a) Assegno di cura

b) Contributo di cura

Tutti gli interventi di sostegno alla domiciliarità previsti (forma diretta ed indiretta) dovranno essere inclusi nel **Piano Assistenziale Individuale (PAI)** condiviso fra i soggetti coinvolti nell'ottica della definizione del "Progetto di Vita" di cui all'art. 18 del D. Lgs. n. 62/2024 (c.d. riforma della disabilità).

1. SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE DIRETTA (SAD)

Il servizio di assistenza domiciliare diretta (SAD) si realizza mediante un insieme di prestazioni rese nel

contesto di vita quotidiana della persona, finalizzate a favorire la permanenza dell'individuo fragile nel proprio ambito familiare e sociale, elevando la qualità di vita, prevenendo il ricorso a forme di istituzionalizzazione e favorendo, altresì, i processi di deistituzionalizzazione.

Le prestazioni socio-assistenziali inerenti il servizio consistono prevalentemente in attività di aiuto alla persona, cura dell'ambiente domestico, supporto e accompagnamento per favorire la vita e le relazioni, consegna a domicilio di farmaci, alimenti e altri generi di prima necessità, nonché in interventi di tipo sociale ed educativo.

Il servizio offre una risposta assistenziale ai bisogni delle persone in condizione di disabilità al fine di favorirne l'autonomia, l'indipendenza, l'inclusione sociale, la prevenzione del disagio e del rischio di emarginazione, garantendo sostegno e sollievo alle famiglie nel compito di accudimento.

Con riferimento al presente avviso, **ai richiedenti ammessi a fruire del servizio di assistenza domiciliare (SAD) verranno riconosciute prestazioni per un importo mensile compreso fra 500,00 e 800,00 euro traducibili in 5/8 ore settimanali di intervento**, da determinare in base ai parametri omogenei dell'ISEE sociosanitario e alla fruizione di altri servizi/prestazioni socio assistenziali da parte del beneficiario, così come previsto al paragrafo 5.3.a. delle Linee guida regionali (DGR 897/2021).

2. SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA

L'assistenza domiciliare indiretta è volta a fornire sostegno alla domiciliarità e all'autonomia personale delle persone in condizione di disabilità e ai loro familiari che partecipano all'assistenza. L'assistenza domiciliare indiretta si realizza mediante trasferimenti monetari diversi dall'indennità di accompagnamento, di cui alla Legge 11 febbraio 1980, n. 18 e utilizzabili esclusivamente per remunerare il lavoro di cura svolto da operatori titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore o per l'acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale, con l'obbligo di produrre copia dei contratti e dei giustificativi di spesa ai fini della rendicontazione.

Il beneficio economico può essere erogato nella forma dell'assegno o del contributo di cura.

a) Assegno di cura

L'assegno di cura è finalizzato a realizzare un intervento di assistenza domiciliare indiretta tramite assunzione, con regolare contratto di lavoro, di un operatore qualificato scelto direttamente dall'interessato. Lo stesso potrà acquistare le prestazioni di assistenza da un soggetto erogatore del Terzo Settore regolarmente accreditato ai sensi della vigente normativa regionale.

L'operatore professionale scelto dall'assistito e dalla famiglia dovrà essere assunto in conformità a quanto stabilito dai vigenti CCNL di riferimento. Lo stesso operatore dovrà essere iscritto al Registro distrettuale degli assistenti alla persona o al Registro distrettuale degli organismi accreditati nel caso in cui l'utente intenda avvalersi di organizzazioni del Terzo Settore. I predetti Registri sono pubblicati sul sito www.distrettosocialefrosinone.it

L'importo dell'**assegno di cura riconosciuto sarà determinato per un importo mensile compreso fra 500,00 e 800,00 euro**, da graduare in base ai parametri omogenei dell'ISEE sociosanitario e alla fruizione di altri servizi/prestazioni socio assistenziali da parte del beneficiario, così come previsto al paragrafo 5.3.a) delle nuove Linee guida regionali (DGR 897/2021).

Il richiedente che risulterà beneficiario dell'assegno di cura dovrà produrre al Comune di residenza copia del contratto di regolare assunzione dell'operatore e, con cadenza trimestrale, una rendicontazione delle spese sostenute per l'assunzione dell'operatore opportunamente documentate (in particolare copia dei MAV trimestrali INPS quietanzati). Saranno ammesse le spese derivanti da regolari rapporti di lavoro con l'operatore, ma non quelle con familiari ed affini, come individuati all'articolo 433 del Codice Civile.

b) Contributo di cura

Il contributo di cura è finalizzato al supporto della persona con disabilità e si realizza mediante l'erogazione di un contributo monetario utilizzabile esclusivamente:

- per remunerare il lavoro di cura e di assistenza del caregiver familiare, vale a dire di un familiare dell'utente entro il terzo grado di parentela o di affinità, ivi compreso il coniuge, sulla base di un contratto di lavoro regolarmente registrato su piattaforma informatica INPS, con l'indicazione della natura del vincolo familiare.
- per l'acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale quali, a titolo esemplificativo, centri diurni, laboratori, attività sportive, servizi educativi, trasporto sociale (non con mezzo proprio), servizi funzionali alla fruizione del tempo libero o soggiorni vacanza dell'utente.

Come già evidenziato, le predette prestazioni dovranno essere previste all'interno del Piano Assistenziale Individuale (PAI).

L'importo del **contributo di cura riconosciuto al beneficiario sarà determinato per un importo mensile compreso fra 400,00 e 700,00 euro**, da graduare in base ai parametri omogenei dell'ISEE sociosanitario e alla fruizione di altri servizi/prestazioni socio assistenziali da parte del beneficiario, così come previsto al paragrafo 5.3.b) delle Linee guida regionali (DGR 897/2021).

Il contributo di cura dovrà essere rendicontato:

- mediante presentazione al Comune di residenza di copia del contratto di lavoro del collaboratore familiare (n.b. l'effettività del rapporto di lavoro decorrerà dal momento in cui l'utente riceverà apposita comunicazione di nulla osta da parte dell'INPS) e, con cadenza trimestrale, copia dei MAV INPS quietanzati.
- Mediante presentazione al Comune di residenza, con cadenza trimestrale, dei giustificativi di spesa relativi all'acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale.

In ogni caso, per il contributo di cura, si terrà conto dell'effettiva rendicontazione presentata dai beneficiari e la liquidazione non potrà superare le somme spese nel rispetto dell'importo assegnato e di quanto previsto dal PAI.

I Comuni di residenza, acquisite le rendicontazioni, provvederanno a verificare la spesa e a comunicare, per ciascun utente, l'entità e la congruità della stessa all'Ufficio di Piano.

CAREGIVER FAMILIARE

Il caregiver familiare, ai sensi dell'art. 2 della L.r. n. 5/2024, è la persona che assiste e si prende cura di una persona che a causa di malattia, infermità o disabilità non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge n. 104/1992 o sia titolare di indennità di accompagnamento. La persona assistita può essere il coniuge, l'altra parte dell'unione civile o il convivente di fatto, un familiare o un affine entro il secondo grado e, solo in caso di mancanza di questi ultimi, un familiare entro il terzo grado.

Lo status di caregiver familiare può essere riconosciuto anche a coloro che, in mancanza di familiari da parte dell'assistito, convivono con la persona bisognosa di assistenza, garantendone la permanenza nel proprio ambiente familiare. In tal caso il *caregiver* è la persona che intrattiene consolidati e verificati rapporti di cura e assistenza con la persona in condizione di disabilità, anche in assenza di vincoli di natura familiare, purché convivente con la stessa.

Lo status di caregiver familiare non può essere riconosciuto a più di una persona per lo stesso assistito, fatta eccezione per i genitori con figli minori e qualora sia presente un giovane caregiver che abbia un'età compresa tra i 16 e i 28 anni, così come previsto dall'art. 3, comma 4 della L.r. n. 5/2024.

In osservanza a quanto previsto dalla Regione Lazio in tema di riconoscimento del ruolo di *caregiver* familiare, la domanda di cui al presente avviso dovrà essere accompagnata dalla scheda **“Richiesta di**

riconoscimento dello status di caregiver familiare” (Allegato 2) compilata e sottoscritta congiuntamente dall’assistito (ove possibile) come espressione della sua autodeterminazione nella scelta della persona, e dal *caregiver*, a conferma del reale impegno di cura. La mancata richiesta di riconoscimento dello status di caregiver familiare non costituisce pregiudizio all’accesso e alla fruizione, da parte delle persona con disabilità, degli interventi previsti al presente avviso. La Scheda costituisce lo strumento di comunicazione ai servizi territoriali della scelta libera e volontaria da parte del caregiver familiare di ottenere il riconoscimento formale del proprio “status” da parte dell’UVMD.

L’UVMD valuta che il caregiver scelto dall’utente sia in grado di assicurare le attività di cura e di assistenza necessarie e riconosce formalmente la figura del caregiver, mediante l’adozione della **“Scheda di riconoscimento status di caregiver familiare/Sezione caregiver”** di cui al Sub Allegato A.2 della DGR 751 del 03.10.2024 e il rilascio di un tesserino identificativo denominato **“Card del caregiver”**.

Il caregiver deve rapportarsi in maniera continuativa con gli operatori del sistema dei servizi sociali e socio-sanitari coinvolti nella realizzazione del PAI della persona con disabilità.

Il caregiver familiare dovrà sottoscrivere anche la **“Dichiarazione di impegno alla rendicontazione” (Allegato 3 - Autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000)**, mediante la quale il caregiver dichiara di essere a conoscenza che il suo ruolo è volontario e gratuito e che il contributo eventualmente percepito nell’ambito del procedimento per la disabilità gravissima non costituisce forma di integrazione al reddito, ma è esclusivamente diretto all’assistenza della persona con disabilità e si inserisce nel progetto di cura della stessa. In esito alla procedura di riconoscimento sopra descritta, il caregiver familiare potrà fare richiesta di specifici interventi di sostegno, sollievo e formazione, come previsto dagli artt. 6 e 7 della L.r. n. 5/2024, nell’ambito dell’apposito avviso pubblico distrettuale.

CRITERI DI COMPATIBILITA’

Tutti gli interventi previsti hanno **carattere alternativo e non sono cumulabili** tra di loro.

Tutti gli interventi previsti sono cumulabili con pensioni, indennità di accompagnamento ed ogni altro assegno riconosciuto a carattere previdenziale e/o assicurativo.

L’assegno e il contributo di cura non sono cumulabili con la “Prestazione Universale” erogata dall’INPS in favore di persone anziane non autosufficienti, titolari di indennità di accompagnamento, con età pari o superiori a ottanta anni e un valore dell’Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) non superiore ai 6.000,00 euro. In questo caso l’interessato in sede di presentazione di istanza/dichiarazione dovrà espressamente impegnarsi a rinunciare ai benefici economici di cui al presente avviso in caso di richiesta e riconoscimento della “Prestazione universale”.

Tutti gli interventi previsti sono compatibili con la fruizione di altri servizi ed interventi del complessivo sistema di offerta pubblica, quali:

- interventi di assistenza domiciliare integrata, componente sanitaria;
- interventi riabilitativi a carattere ambulatoriale e/o domiciliare;
- ricoveri ospedalieri/riabilitativi per un periodo non superiore ai 30 giorni, decorso il quale il contributo verrà sospeso per essere riattivato al momento del rientro dell’utente a domicilio;
- ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie ed altre azioni di sollievo, complementari al percorso di assistenza domiciliare definito nel PAI (Piano Assistenziale Individualizzato).

Gli interventi di assistenza domiciliare indiretta previsti (assegno di cura e contributo di cura) possono essere riconosciuti al beneficiario in presenza di altri servizi socio-assistenziali o contributi per l’acquisizione di prestazioni socio-assistenziali. La presenza/fruizione di tali servizi e interventi da parte del beneficiario, rileverà ai fini della graduazione dell’importo riconosciuto per l’accesso ai benefici previsti.

Gli interventi previsti dal presente Avviso sono compatibili con l’erogazione della misura di sostegno alle famiglie con minori in età evolutiva (0-18 anni) con disturbi dello spettro autistico prevista dalla L.r. 7/2018 e dai relativi provvedimenti di attuazione.

Gli interventi previsti dal presente Avviso non sono riconosciuti o se già attribuiti sono interrotti nei seguenti casi:

- ricoveri ospedalieri di durata superiore a 30 giorni;

- ricoveri di sollievo il cui costo sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale di durata superiore ai 30 giorni;
- prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo presso strutture sanitarie, socio-sanitarie o socio-assistenziali di durata superiore a 30 giorni.

Nei casi di cui sopra e in caso di decesso del beneficiario chi cura gli interessi dell'utente dovrà tempestivamente informare l'Ufficio di Piano distrettuale.

In caso di trasferimento della residenza della persona beneficiaria in altra Regione, considerata la gravità della compromissione funzionale, la complessità del bisogno e la necessità della continuità assistenziale, l'erogazione del beneficio è garantita per un periodo massimo di 6 mesi a decorrere dalla domanda di cambio di residenza.

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 il beneficiario accederà al servizio/prestazione programmata per la disabilità gravissima dalla nuova Regione di residenza, a prescindere dalle modalità e dagli importi riconosciuti.

Resta fermo, per il beneficiario, l'obbligo di rendicontare le spese sostenute nell'arco temporale suindicato e di inviare, entro 15 giorni, la comunicazione formale di avvenuto accesso all'assistenza per gli interventi in favore di persone in condizione di disabilità con necessità di sostegno intensivo nella nuova Regione.

In caso di trasferimento della residenza nel corso dell'anno d'intervento in un diverso Comune del territorio regionale, l'assegno di cura o il contributo di cura continueranno ad essere riconosciuti all'utente dal Distretto sociosanitario che ha programmato l'intervento fino al termine dell'esercizio finanziario di competenza.

CRITERI DI VALUTAZIONE E MODALITA' DI EROGAZIONE

Ai fini dell'erogazione dei benefici previsti, verificato il possesso dei requisiti richiesti per l'accesso (ai sensi dell'art. 3 del DM 26 settembre 2016, come indicati al punto DESTINATARI del presente Avviso), l'UVMD integrata procederà ad una valutazione sanitaria e socio-economica del richiedente e del nucleo familiare, secondo le modalità e i criteri previsti dai paragrafi 5.3.a) e 5.3.b) delle Linee guida regionali di cui alla DGR 897/2021 (parametri omogenei dell'ISEE sociosanitario e fruizione di altri servizi/prestazioni socio assistenziali da parte del beneficiario) e determinerà il valore del beneficio spettante. Sulla base della capienza del fondo disponibile e della programmazione annuale delle risorse, i richiedenti positivamente valutati saranno ammessi agli interventi oppure collocati in una specifica lista di attesa distrettuale per una successiva presa in carico.

Sulla base delle risorse disponibili, per garantire la continuità assistenziale, verrà prioritariamente assicurato l'intervento in favore di tutti gli utenti già in carico, cioè fruttori del beneficio nell'annualità precedente.

Per i nuovi richiedenti, positivamente valutati, la misura di sostegno prescelta sarà riconosciuta a decorrere dalla data in cui il Distretto socio-sanitario disporrà delle risorse necessarie a soddisfare le singole domande, secondo l'ordine cronologico di presentazione, garantendo il progressivo accesso al beneficio in modo **non retroattivo**, ma limitato ai mesi restanti dell'annualità in corso.

Si precisa, altresì, che il Distretto, in conformità a quanto previsto dai provvedimenti regionali che impongono dei vincoli nell'utilizzo delle risorse, è tenuto a disporre un incremento percentuale progressivo del fondo destinato al servizio di assistenza domiciliare diretta (SAD).

L'**assegno di cura** e il **contributo di cura** verranno erogati, previa rendicontazione, fino a concorrenza delle risorse disponibili e con cadenza strettamente collegata ai tempi di trasferimento delle risorse da parte della Regione Lazio.

L'intervento di **assistenza domiciliare diretta** (SAD) verrà realizzato dal Comune Capofila tramite affidamento ad un Ente del Terzo Settore individuato a seguito di procedura ad evidenza pubblica.

Soddisfatte le richieste di assistenza di tutti gli aventi diritto, in caso di disponibilità residua di fondi, l'UVMD integrata potrà valutare l'incremento degli interventi, fino ad un massimo di 200,00 euro mensili (traducibili in 2 ore di assistenza domiciliare settimanali aggiuntive).

Sulla base di quanto previsto dalla DGR 897/2021, i beneficiari affetti da SLA potranno accedere, su specifica e motivata richiesta e previa verifica della predetta UVMD, ad un'integrazione del contributo mensile attribuito fino ad un massimo di € **300,00** mensili (traducibile in massimo 3 ore settimanali aggiuntive di prestazioni, nel caso di assistenza domiciliare diretta).

TERMINI E MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

I NUOVI RICHIEDENTI dovranno presentare Istanza di accesso ai benefici previsti dal presente avviso utilizzando l'apposita modulistica (**Istanza di accesso**), corredata degli allegati richiesti **a partire dal 20 febbraio 2025**.

GLI UTENTI GIÀ IN CARICO, cioè fruitori del beneficio nelle annualità precedenti, ivi compresi quelli in lista di attesa, dovranno presentare Dichiarazione di rinnovo, utilizzando l'apposita modulistica (**Dichiarazione di rinnovo**), corredata degli allegati richiesti **a partire dal 20 febbraio 2025 e fino al 30 aprile 2025**.

Le **Istanze di accesso** e le **Dichiarazioni di rinnovo** dovranno essere presentate all'Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza ai fini della verifica della documentazione e della predisposizione della proposta di PAI. Sarà cura degli Uffici Servizi Sociali comunali procedere alla protocollazione e alla trasmissione delle richieste all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B.

Gli sportelli di Segretariato Sociale/PUA distrettuali presenti in ogni Comune dell'Ambito, nonché i PUA ubicati presso i presidi della ASL di Frosinone/Distretto Sanitario B garantiranno le funzioni di informazione, orientamento, supporto e assistenza/accompagnamento alla cittadinanza interessata alla presentazione dell'istanza.

Il presente avviso assume la forma del **bando aperto con “modalità unica a sportello”**, pertanto le Istanze di accesso pervenute verranno accolte e valutate dall'UVMD integrata entro 90 giorni dalla presentazione, ai fini dell'ammissione agli interventi o per l'inserimento in lista di attesa, nel caso di risorse insufficienti.

DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE

La modulistica è reperibile online sul sito www.distrettosocialefrosinone.it

Tutti i nuovi richiedenti dovranno presentare, a pena di esclusione, Istanza di accesso debitamente compilata in ogni sua parte, sottoscritta dal richiedente e corredata da:

- Scheda di certificazione sanitaria (Allegato 1) rilasciata da idonea struttura sanitaria pubblica, sottoscritta da medico specialista competente per la patologia certificata e attestante la sussistenza di una o più condizioni di cui all'art. 3 comma 2 del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016, come elencate alla sezione DESTINATARI del presente Avviso.
- Verbale attestante l'Indennità di accompagnamento, di cui alla Legge n.18/1980 o dell'Allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159/2013 attestante la non autosufficienza.
- Attestazione ISEE regolare e in corso di validità, ai sensi della normativa vigente.
- Copia del documento di identità in corso di validità e del Codice Fiscale del richiedente il contributo;
- Copia del documento di identità in corso di validità e del Codice Fiscale del beneficiario del contributo (*se diverso dal richiedente*).
- Copia del documento di identità in corso di validità e del Codice Fiscale del caregiver familiare (*se diverso dal richiedente*).
- Copia del Codice IBAN del richiedente/beneficiario del contributo (*non riferito al Libretto postale*).
- “Richiesta di riconoscimento dello status di caregiver familiare” (Allegato 2) debitamente compilata e sottoscritta dal richiedente e dall'Assistente sociale del comune di residenza.
- “Dichiarazione di impegno alla rendicontazione” per i richiedenti l'assegno e il contributo di cura (Allegato 3).

Gli utenti già in carico, cioè fruitori del beneficio nell'annualità precedente, ivi compresi gli utenti in lista di attesa, dovranno presentare idonea “Dichiarazione di rinnovo” debitamente compilata in ogni sua parte, sottoscritta dal richiedente e corredata da:

- Attestazione ISEE regolare e in corso di validità, ai sensi della normativa vigente.
- Copia del documento di identità in corso di validità e del Codice Fiscale del richiedente il contributo.
- Copia del documento di identità in corso di validità e del Codice Fiscale del beneficiario del contributo (se diverso dal richiedente).
- Copia del documento di identità in corso di validità e del Codice Fiscale del caregiver familiare (se diverso dal richiedente).
- Copia del Codice IBAN del richiedente/beneficiario del contributo (non riferito al Libretto postale).
- “Richiesta di riconoscimento dello status di caregiver familiare” (Allegato 2) debitamente compilata e sottoscritta dal richiedente e dall'Assistente sociale del Comune di residenza, nel caso in cui non sia stata già presentata o nel caso in cui il caregiver, precedentemente riconosciuto, abbia cessato la propria attività (art. 3, comma 5 della L.r. 5/2024).
- “Dichiarazione di impegno alla rendicontazione” per i richiedenti l'assegno di cura e il contributo di cura (Allegato 3).

Tutte le istanze/dichiarazioni dovranno pervenire all'Ufficio di Piano corredate da una proposta di PAI elaborata e condivisa dall'assistente sociale del Comune di residenza, dall'assistito, ove possibile, e dal caregiver familiare.

Saranno escluse tutte le domande incomplete, non firmate o non corredate della documentazione richiesta. Potranno essere accolte le domande non corredate dal modello ISEE che verranno valutate con attribuzione del punteggio relativo alla fascia ISEE più alta.

Le istanze di tutti i richiedenti, rese ai sensi del DPR n. 445/2000, potranno essere soggette a verifiche e controlli e, in caso di dichiarazioni false o mendaci, i sottoscrittori saranno denunciati all'Autorità Giudiziaria.

TUTELA DEI DATI PERSONALI

Si informa, ai sensi della normativa vigente, che i dati personali volontariamente forniti saranno trattati, anche facendo uso di strumenti informatici, al solo fine di consentire l'attività istruttoria e di valutazione, da svolgersi da parte dei Comuni di residenza, dell'Ufficio di Piano del Distretto B e della ASL di Frosinone, nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria fra i servizi territoriali.

I dati potranno essere comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti, oltre che alla ASL di Frosinone ed altri Enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda e in caso di preminente interesse pubblico, ma non saranno diffusi. Saranno utilizzati per adempiere agli obblighi informativi previsti per gli Enti locali e gli Ambiti territoriali.

Il soggetto può esercitare il diritto di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che di opporsi al trattamento per motivi legittimi. Titolare del trattamento dei dati è il Comune di residenza.

Per quanto non espressamente riportato si rimanda all'informativa privacy allegata all'Istanza di accesso/Dichiarazione di rinnovo.

INFORMAZIONI

Per informazioni e chiarimenti è possibile rivolgersi a:

- Uffici Servizi Sociali e Sportelli Segretariato Sociale / PUA dei Comuni di residenza;
- PUA ubicati presso i presidi della ASL di Frosinone/Distretto Sanitario B;
- Ufficio di Piano Distretto Sociale B - Comune di Frosinone.

Frosinone, 20 febbraio 2025

*Il Dirigente
Coordinatore dell'Ufficio di Piano
Dr. Andrea Manchi*