



## DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM5/5

Tra i comuni di:

CAPRANICA PRENESTINA, CASTEL SAN PIETRO ROMANO, CAVE,  
GALLICANO NEL LAZIO, GENAZZANO, PALESTRINA, ROCCA DI  
CAVE, SAN CESAREO, SAN VITO ROMANO, ZAGAROLO ED ASL  
RM5.5

# Avviso pubblico

## ai sensi del Decreto interministeriale 26 settembre 2016 e della deliberazione della Giunta regionale del Lazio 104/2017

Il Comune di San Vito Romano, in qualità di Ente Capofila dei Comuni appartenenti al Distretto RM 5/5 comprendente i Comuni di **CAPRANICA PRENESTINA, CASTEL SAN PIETRO ROMANO, CAVE, GALLICANO NEL LAZIO, GENAZZANO, PALESTRINA, ROCCA DI CAVE, SAN CESAREO, SAN VITO ROMANO, ZAGAROLO**

comunica che

è possibile presentare la richiesta per accedere alle prestazioni assistenziali e di aiuto personale previsti dal Programma attuativo degli interventi in favore delle persone con **DISABILITA' GRAVISSIMA** ivi **incluse le persone affette da SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA (SLA)** in relazione alla gravità della compromissione funzionale e **MALATI DI ALZHEIMER solo nel caso in cui il deficit funzionale connesso all'evoluzione della patologia rientri nelle condizioni di cui all'art. 3 comma 2 del Decreto interministeriale**; ai sensi della Deliberazione di Giunta Regionale del Lazio 7 marzo 2017, n°104 e "L.R. 11/2016. Linee Guida operative agli ambiti territoriali per le prestazioni assistenziali, componente sociale, in favore delle persone non autosufficienti, in condizioni di disabilità gravissima, ai sensi del decreto interministeriale del 26 settembre 2016", e della Deliberazione di Giunta Regionale n. 897 del 9/12/2021 "Aggiornamento linee guida regionali per la programmazione territoriale delle prestazioni assistenziali domiciliari in favore degli utenti in condizioni di disabilità gravissima"

### 1. Destinatari

Destinatari delle prestazioni assistenziali (Art. 3 linee guida all. A DGR n. 104/2017 e s.m.i) sono: **le persone residenti nei Comuni dell'ambito territoriale RM 5/5 in condizioni di disabilità gravissima 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 DPCM n° 159/2013 e **per le quali sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:**

<b>Persone in condizione di disabilità gravissima D.M. 26 settembre 2016 Articolo 3, comma 2, lettere da a) ad i)</b>
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 $\leq 1$ ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) $\geq 9$ , 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) $\leq 8$ ;
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

Per la valutazione della disabilità gravissima, di cui alle precedenti lettere a), c), d), e), e h), si rinvia alle scale di misurazioni illustrate nell'Allegato 1 del decreto interministeriale del 26 settembre 2016.

Per l'individuazione delle altre persone in condizioni di dipendenza vitale, di cui alla precedente lettera i), si utilizzano, invece, i criteri di cui all'Allegato 2 dello stesso decreto.

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, nelle more della definizione del processo di accertamento, ai benefici previsti dalla Regione, in presenza di una diagnosi medica di patologia o menomazione da parte dello specialista di riferimento che accompagni il rilievo funzionale.

## 2. TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI

È possibile chiedere l'accesso ad uno dei seguenti contributi economici di sostegno alla domiciliarità:

**A. Assegno di cura;**

**B. Contributo di cura.**

L'erogazione degli Assegni e dei Contributi di Cura è subordinata all'effettivo trasferimento delle relative risorse da parte della Regione Lazio ed è effettuata sino all'esaurimento delle risorse effettivamente disponibili. Pertanto l'ammissione delle richieste di contributo non vincola l'ente capofila all'erogazione dello stesso. Le richieste ammesse ai contributi verranno soddisfatte in misura e nei limiti delle risorse disponibili nell'ordine definito in base all'ordine cronologico di arrivo delle domande.

### 2.1 L'Assegno di Cura

#### 2.1.1 Assegno di Cura – definizione

Gli assegni di cura, ai sensi dell'art. 25 comma 2 lett. A della L.R. 11/16, sono benefici a carattere economico finalizzati all'acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia o titoli validi per l'acquisto di prestazioni da soggetti accreditati dal sistema integrato finalizzati a sostenere le famiglie che si prendono cura dei familiari con disabilità gravissima.

Il sostegno di natura economica è finalizzato a compensare, in modo totale o parziale, le spese da sostenere per l'acquisizione delle prestazioni assistenziali domiciliari contemplate nel PAI

(Piano Assistenziale Individualizzato) mediante la sottoscrizione di regolare contratto di lavoro.

Non vengono finanziate le spese derivanti da rapporti di lavoro realizzati con i familiari ed affini, come individuati all'articolo 433 del Codice Civile.

**L'Assegno di Cura è compatibile** con la fruizione di altri servizi ed interventi del complessivo sistema di offerta quali:

- Interventi di assistenza domiciliare integrata, componente sanitaria;
- Interventi riabilitativi sanitari a carattere ambulatoriale e/o domiciliare;
- Ricoveri ospedalieri/riabilitativi per un periodo non superiore ai 30 giorni, decorso il quale il contributo verrà sospeso,
- Ricoveri di sollievo in strutture socio-sanitarie ed altre azioni di sollievo, complementari al percorso di assistenza domiciliare definito nel PAI.

L'assegno di cura **non viene riconosciuto** o, se già attribuito, **viene interrotto** nei casi seguenti:

- ricoveri di sollievo il cui costo sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea presso strutture sanitarie o socio sanitarie;
- trasferimento della residenza della persona beneficiaria in altra regione.

L'assegno di cura **non è cumulabile** con altri interventi di assistenza, **componente sociale**, a domicilio già attivi in favore del cittadino e coperti da risorse regionali, se non in termini di possibile implementazione delle ore di copertura assistenziali necessarie a seguito di rivisitazione del PAI a tutela della persona.

### 2.1.2 Assegno di Cura - determinazione dell'importo e modalità di erogazione

L'Assegno di cura assegnato quale sostegno economico per la realizzazione dell'intervento di assistenza alla persona, sarà erogato agli aventi diritto fino alla concorrenza delle risorse disponibili in ambito distrettuale, tenendo conto degli importi minimi e massimi come determinato di seguito e all'ordine cronologico di presentazione delle domande.

In linea con le previsioni del DPCM 21 novembre 2019, l'importo minimo del contributo riconosciuto all'utente è di 500,00 euro mensili.

A tutela della continuità assistenziale, le risorse per l'accoglimento delle nuove domande assistenziali verranno programmate tenendo conto della spesa necessaria alla sostenibilità dei piani assistenziali annuali degli utenti già in carico. Allo stesso tempo, però, la misura di sostegno potrà essere graduata nel valore minimo in funzione dell'ISEE socio sanitario e della compresenza di altri servizi/prestazioni socio assistenziali già attivi in suo favore.

Di seguito sono riportate le tabelle di riferimento per la determinazione dell'assegno di cura:

Tabella n° 1

Servizi socio assistenziali compresenti rispetto al beneficio riconosciuto all'utente per la condizione di disabilità gravissima	Punteggio di riferimento da attribuire a ciascuna tipologia di servizio prevista nel PAI dell'utente
Nessun servizio	4
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistenza domiciliare fino a 12 ore settimanali;</li> <li>- HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a euro 300,00;</li> </ul>	3,5
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistenza domiciliare tra le 13 e le 18 ore settimanali;</li> <li>- HCP o altri contributi economici finalizzati</li> </ul>	3

<ul style="list-style-type: none"> <li>- all'assistenza minori o uguali a euro 450,00;</li> <li>- 1 g. di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale;</li> </ul>	
<p>Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistenza domiciliare tra 19 e 24 ore settimanali;</li> <li>- HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a euro 600,00;</li> <li>- 2 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale;</li> </ul>	2,5
<p>Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistenza domiciliare tra 25 e 30 ore settimanali;</li> <li>- HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a euro 750,00;</li> <li>- 3 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale</li> </ul>	2
<p>Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistenza domiciliare maggiore di 30 ore settimanali;</li> <li>- HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza maggiori di euro 900,00;</li> <li>- 4 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale;</li> <li>- Fino a 2 gg./settimana di frequenza in un laboratorio</li> </ul>	1,5
<p>Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale;</li> <li>- Almeno 3 gg./settimana di frequenza di un laboratorio</li> </ul>	1

Specifica.:

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

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

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

La tabella corrispondente (punteggio ISEE) è così integrata:

Tabella n° 2

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

Tabella n° 3

GRADUAZIONE DEL CONTRIBUTO PER UTENTE IN BASE ALLA SOMMA RIPORTATA IN APPLICAZIONE DEI DUE PARAMETRI COMPRESA PRESENZA SERVIZI/ISEE SOCIO SANITARIO	CONTRIBUTO MINIMO DA EROGARE
Punteggio compreso tra 1 - 3	Minimo Euro 500,00
Punteggio compreso tra 4 - 6	Euro 600,00
Punteggio compreso tra 7 - 8	Euro 700,00
Punteggio compreso 9 - 12	Euro 800,00

Ne consegue che agli utenti che non fruiscono di altri servizi/prestazioni e presentano un ISEE socio sanitario fino a euro 25.000,00 rimane assegnato l'importo minimo del contributo assistenziale di 800 euro.

Il Comune di San Vito Romano, in qualità di Ente Capofila dei comuni appartenenti al Distretto RM 5/5 erogherà il contributo con cadenza bimestrale delle spese sostenute dal beneficiario (o di chi lo rappresenta legalmente ai sensi della normativa vigente) per l'assistenza al domicilio prestata da assistenti personali e/o familiari iscritti al Registro distrettuale degli assistenti alla persona in condizione di disabilità e non autosufficienza ai sensi della DGR 223/2016 e s.m.i e determinazione dirigenziale n° 62 del 25/02/2015. Sono ammissibili le spese per contributi previdenziali e per compensi (solo se sono attestati con i versamenti contributivi relativi) corrisposti agli assistenti personali e familiari regolarmente contrattualizzati, o le spese sostenute per l'acquisto di prestazioni domiciliari presso imprese o associazioni iscritte al Registro distrettuali dei soggetti gestori di Servizi alla persona ai sensi della citata DGR 223/2016 e s.m.i. A tal proposito l'utente è tenuto a presentare, al momento dell'attivazione del contributo, il contratto di assunzione del personale e con cadenza bimestrale, una rendicontazione delle spese sostenute opportunamente documentate. I beneficiari che entro tre mesi dalla formale accettazione del contributo

non avranno attivato un contratto con un assistente familiare in possesso dei requisiti sopra descritti, saranno considerati decaduti dal beneficio.

## 2.2 Il Contributo di Cura

### 2.2.1 Contributo di Cura – definizione

Il Contributo di Cura è un contributo economico per il riconoscimento ed il supporto alla figura del caregiver familiare, quale componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato. Si intende per caregiver familiare la persona che volontariamente, in modo gratuito e responsabile, si prende cura di una persona non autosufficiente al fine di favorire il mantenimento della persona nel proprio contesto socio-familiare e relazionale e la sua permanenza a domicilio nonostante la complessità e l'intensità dell'assistenza di cui la stessa persona necessita.

L'UVMD integrata con l'Assistente Sociale Distrettuale, cui è rimessa la valutazione multidimensionale del bisogno in sede di definizione del PAI riconosce formalmente la figura del *caregiver* familiare, convivente con la persona assistita, stabilisce il **contributo di cura** e le attività richieste allo stesso che concorre all'attuazione delle cure domiciliari previste dal PAI.

Il caregiver familiare deve rapportarsi, in modo continuo, con gli operatori del sistema dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari professionali e deve confrontarsi costantemente, oltreché con un referente per l'assistenza sanitaria, anche con il responsabile del PAI che diventa figura di riferimento per il caregiver. Il contributo di cura è **cumulabile** con pensioni, indennità di accompagnamento ed ogni altro assegno riconosciuto a carattere previdenziale e/o assicurativo.

Il Contributo di Cura **non è cumulabile** con l'Assegno di cura di cui sopra e con altri interventi di assistenza, componente sociale, a domicilio già attivi in favore del cittadino e finanziati da risorse regionali.

### 2.2.2 Contributo di Cura – determinazione dell'importo e modalità di erogazione

In linea con il DPCM 21 novembre 2019, l'importo minimo del contributo riconosciuto all'utente è di euro 400,00 mensili.

A tutela della continuità assistenziale, le risorse per l'accoglimento delle nuove domande assistenziali verranno programmate tenendo conto della spesa necessaria alla sostenibilità dei piani assistenziali annuali degli utenti già in carico. Allo stesso tempo, però, la misura di sostegno potrà essere graduata nel valore minimo dell'ISEE socio-sanitario e della compresenza di altri servizi/prestazioni socio-assistenziali attivi in suo favore.

Per la determinazione del contributo si rimanda alle tabelle n° 1 e 2 del presente bando.

Tabella n°4

GRADUAZIONE DEL CONTRIBUTO PER UTENTE IN BASE ALLA SOMMA RIPORTATA IN APPLICAZIONE DEI DUE PARAMETRI COMPRESA SERVIZI/ISEE SOCIO SANITARIO	CONTRIBUTO MINIMO DA EROGARE
Punteggio compreso tra 1 - 3	Minimo Euro 400,00 (contributo di cura)
Punteggio compreso tra 4 - 6	Euro 500,00
Punteggio compreso tra 7 - 8	Euro 600,00
Punteggio compreso 9 - 12	Euro 700,00

Ne consegue che agli utenti che non fruiscono di altri servizi/prestazioni e presentano un ISEE socio sanitario fino a euro 25.000,00 rimane assegnato l'importo minimo del contributo assistenziale di 700euro.

### **3. INTERVENTI AGGIUNTIVI IN FAVORE DEI SOGGETTI AFFETTI DA SLA**

La L.R. 13/2018 all'art. 4 comma 12, prevede la realizzazione di interventi a carattere socio assistenziale in favore delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA).

La disciplina regionale attuativa (DGR 304/2019) prevede che tali risorse regionali siano utilizzate, nel caso di utenti che ancora non fruiscono di alcun servizio socio assistenziale, per attivare l'assistenza in ambito domiciliare e, nel caso di utenti già beneficiari ai sensi della L.R. 11/2016, per implementare gli stessi.

La suindicata deliberazione fissa a euro 300,00 il valore massimo del contributo assistenziale in favore dell'utente affetto da SLA in condizione di disabilità gravissima.

### **4. MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**

L'istanza per la concessione dell'assegno o contributo di cura può essere presentata in qualsiasi momento a partire dal 01/01/2023 (bando aperto).

La richiesta dell'assegno/contributo di cura potrà essere presentata su apposita modulistica reperibile tramite i siti istituzionali dei Comuni del Distretto RM 5.5 e reperibile presso il P.U.A e tutta la documentazione dovrà essere consegnata tramite modalità "a sportello" presso gli uffici protocollo dei Comuni di residenza negli orari stabiliti dai singoli Comuni e presso il P.U.A.

Accertata la sussistenza dei requisiti sanitari, il beneficio è riconosciuto in base all'ordine cronologico di presentazione della domanda compatibilmente con la disponibilità finanziaria.

### **5. UTENTI GIÀ BENEFICIARI DEL CONTRIBUTO**

In linea con la DGR n 897 del 09/12/2021 si stabilisce che l'utente che già benefici del contributo assistenziale per la disabilità gravissima non dovrà riproporre la domanda nelle successive annualità, fatta salva l'ipotesi in cui la stessa debba essere aggiornata sulla base di nuovi e sostanziali elementi sopravvenuti, con apposito modulo richiedibile presso i servizi sociali, **a partire dal 01/01/2023**, quali:

- Scelta di una diversa modalità di assistenza;
- Attivazione di ulteriori servizi e prestazioni sociali;
- Indicazione di un diverso caregiver e/o di cambiamento dello stato anagrafico del caregiver (convivenza);
- Nuova attestazione ISEE socio sanitario;
- Attestazione dell'aggravamento della compromissione funzionale;

I servizi territoriali procederanno ad una verifica annuale sulla permanenza dei requisiti e sull'adeguatezza del progetto assistenziale e del beneficio (entità del contributo) riconosciuto all'utente che potrà essere rideterminato in base agli aggiornamenti indicati.

Per gli utenti risultanti già presi in carico dal servizio, sarà cura dei servizi in carico contattare l'utente per eventuali rimodulazioni previste in base DGR 897 del 9 dicembre 2021.

Il beneficio riconosciuto all'utente potrà essere rimodulato in base agli aggiornamenti previsti.

## **6. DOMANDA NUOVI UTENTI**

Gli utenti richiedenti per la prima volta l'istanza di ammissione al programma in oggetto possono presentare l'istanza di partecipazione in ogni momento **a partire dal 01/01/2023**.

### **- Documentazione necessaria per UTENTI CHE PRESENTANO PER LA PRIMA VOLTA L'ISTANZA DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA**

- Domanda di accesso al programma (Allegato 1), compilato in ogni sua parte, datato e sottoscritto, con eventuale modulo di delega allegato (Allegato 3);
- Autocertificazione attestante lo stato di famiglia, come da modulo (Allegato 2);
- Certificazione medica rilasciata da una struttura sanitaria specialistica pubblica che attesti la condizione di disabilità gravissima ai sensi dell'art. 3 del decreto interministeriale del 26 settembre 2016, come da avviso, e che indichi esplicitamente la tipologia della disabilità gravissima, lo strumento di valutazione utilizzato e l'eventuale punteggio assegnato;
- Indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n° 18 o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n° 159/2013;
- Documento di identità in corso di validità del richiedente;
- Documento di identità in corso di validità del potenziale destinatario del contributo (*se diverso dal richiedente*);
- Attestazione ISEE SOCIOSANITARIO in corso di validità per i nuclei familiari con componenti con disabilità ai sensi del DPCM del 5 dicembre 2013, n. 159 e della legge 26 maggio 2016, n. 89;
- Le domande degli utenti che si trovassero nelle condizioni previste dalla legge 9 Gennaio 2004, n. 6 relativa all'istituzione dell'Amministrazione di sostegno, devono corredare la domanda con il provvedimento di nomina di Amministratore di sostegno/Tutore secondo la normativa vigente in materia o qualora non fosse stato emesso, la ricevuta di avvenuta presentazione dell'istanza presso il Tribunale competente.

## **7. ISTRUTTORIA, CRITERI DI VALUTAZIONE E AMMISSIONE**

Gli interventi previsti dal presente avviso saranno erogati agli utenti risultanti beneficiari fino a concorrenza delle risorse disponibili e tenendo conto degli importi minimi e massimi e dei criteri di priorità di accesso.

L'Ufficio di Piano, a seguito dell'acquisizione delle richieste presentate, provvederà all'istruttoria amministrativa volta alla verifica della correttezza formale delle istanze pervenute ai fini dell'ammissibilità delle stesse e/o alla conferma del beneficio economico.



La valutazione delle richieste è effettuata dalla Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale. La stessa UVMD integrata redige il Piano Assistenziale Individualizzato, condiviso dagli Utenti o dai Familiari degli stessi.

La valutazione della disabilità gravissima rinvia alle scale di misurazione illustrate nel D.M. del 26 settembre 2016, art. 3 e riportato nel presente bando.

## **8. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE**

Le prestazioni e gli interventi erogati attraverso gli Assegni di cura/Contributi di cura saranno oggetto di monitoraggio e valutazione da parte del Servizio Sociale distrettuale con cadenza mensile al fine di monitorare e valutare il raggiungimento degli obiettivi definiti con il PAI.

Il Servizio Sociale distrettuale verificherà l'avvenuta esecuzione degli adempimenti legati all'atto di impegno sottoscritto (PAI), in particolare gli interventi domiciliari attivati e la valutazione della loro compatibilità, con l'obiettivo di tutela bio-psico-fisica della persona assistita e di supporto alla famiglia.

I pagamenti dei contributi saranno erogati con cadenza bimestrale.

Per i nuovi Utenti l'erogazione del contributo si intende a decorrere dalla data di effettiva presa in carico.

I pagamenti verranno erogati solo dietro presentazione della rendicontazione (Assegno di cura) come indicato nella lettera di accettazione e di **attestazione di regolare esecuzione del progetto da parte degli Assistenti Sociali** ai fini di non incorrere nelle condizioni che prevedono la sospensione del pagamento.

Si precisa che, per chi sceglie l'Assegno di Cura, è necessario inviare la rendicontazione entro 10 giorni successivi al bimestre, per permettere l'emissione del mandato di pagamento entro la fine del mese successivo al bimestre stesso.

Per gli utenti idonei ma non ammessi al beneficio a causa di mancata disponibilità finanziaria sarà costituita una lista d'attesa, in base all'ordine cronologico di arrivo delle istanze. L'accesso sarà garantito dalla data in cui il Distretto socio sanitario disponga delle risorse necessarie a soddisfare la singola domanda;

Gli Utenti che non dovessero rientrare nella presa in carico per assenza dei requisiti ai sensi del presente bando, potranno ripresentare nuova istanza se sopraggiunti i requisiti necessari.

## **9. RINVIO ALLA NORMATIVA NAZIONALE E REGIONALE**

Per quanto non esplicitamente espresso nel presente avviso pubblico si fa riferimento alle vigenti normative nazionale e regionale ed in particolare al Decreto interministeriale 26 settembre 2016 e alla DGR del Lazio n. 104 del 7 marzo 2017 alla DGR del Lazio n.897 del 09 dicembre 2021.