



Distretto Socio Sanitario RM 5.5



Distretto Socio Sanitario RM 5.6

AMBITO SOVRADISTRETTUALE ROMA 5.5 e 5.6  
Capofila Comune di San Vito Romano

**AVVISO PUBBLICO**

**HOME CARE ALZHEIMER – VII ANNUALITA'**

*Programma integrato sovradistrettuale per i malati di Alzheimer e malati con deterioramento cognitivo dovuto alle diverse forme di demenza Alzheimer e non Alzheimer secondo quanto riporta la legge sulle demenze*

Il Comune di San Vito Romano, in qualità di Capofila dell'Ambito Sovradistrettuale costituito dai Distretti Sociosanitari **RM5.5** e **RM5.6**

**VISTI**

- la Legge n. 104 del 5 febbraio 1992, “Legge quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale ed i diritti delle persone handicappate” come modificata dalla Legge del 21 maggio 1998, n.162;
- la Legge Regionale n. 11 del 10 agosto 2016, “Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio”;
- la D.G.R. n. 660/2017;
- la Legge n. 328, recante del 28 novembre 2000, “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;
- il D.P.C.M. del 17 febbraio 2001, “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie” che stabilisce che l’assistenza socio-sanitaria venga prestata alle persone che presentano problemi di salute e di azioni di protezione sociale, per lunghi periodi sulla base di progetti personalizzati, e demanda alle Regioni la disciplina inerente le modalità ed i centri di definizione dei progetti assistenziali personalizzati;
- la Legge Regionale n. 6 del 26 aprile 2012, “Piano regionale in favore di soggetti affetti da malattia di Alzheimer-Perusini ed altre forme di demenza”;
- la D.G.R. n. 504/2012, “Modifica al progetto sperimentale in favore delle persone non autosufficiente approvato con D.G.R. n. 544/2010.
- la Determinazione n. B08785 del 12 novembre 2012 recante “Attuazione D.G.R. 504/2012. Approvazione dei criteri per la concessione e utilizzazione dei contributi per la realizzazione di azioni di sistema in favore dei malati di Alzheimer e loro familiari”.
- la D.G.R. n. 136 del 25 marzo 2014, “L. R. n. 38/96, art. 51.;
- la Determinazione n. G15750 del 7 novembre 2014, recante “Attuazione delle delibere di Giunta Regionale n. 504/2012 e n. 136/2014”.
- DGR 891/2020/e la determinazione dirigenziale n. G15637 del 17 dicembre 2020 in favore dei distretti socio sanitari e dei sovrambiti territoriali destinati agli interventi in favore dei malati di Alzheimer;
- i verbali delle riunioni del Comitato Istituzionale dell’Accordo di Ambito Territoriale Ottimale RM5;
- Richiamata la **Deliberazione Giunta Regionale - numero 430 del 28/06/2019** “Aggiornamento linee guida operative regionali agli ambiti territoriali per le prestazioni assistenziali in favore delle persone non autosufficienti, in condizione di disabilità gravissima, ai sensi del decreto interministeriale 26 settembre 2016. Destinazione dell’importo di euro 1.227.150,00, di cui al decreto direttoriale 21 dicembre 2018, n. 650, sul capitolo di spesa H41131, esercizio finanziario 2019”

## AVVISA

che i Distretti:

- **RM5.5**, Comune capofila: San Vito Romano;
- **RM5.6**, Comune capofila: Carpineto Romano;

avvieranno il *Programma Integrato Sovradistrettuale per i malati di Alzheimer e altre demenze e loro familiari*, denominato:

### **HOME CARE ALZHEIMER**

- 1. BENEFICIARI.** Persone affette dalla **malattia di Alzheimer e malati con deterioramento cognitivo dovuto alle diverse forme di demenza Alzheimer e non Alzheimer secondo anche quanto riporta la legge sulle demenze (esclusa la demenza senile)** residenti nei seguenti Comuni:
  - Distretto RM5.5: Capranica Prenestina, Castel San Pietro Romano, Cave, Galliciano nel Lazio, Genazzano, Palestrina, Rocca di Cave, San Cesareo, San Vito Romano, Zagarolo;
  - Distretto RM5.6: Artena, Carpineto Romano, Colleferro, Gavignano, Gorga, Labico, Montelanico, Segni, Valmontone;
- 2. OBIETTIVI.** Realizzare nel territorio del Sovrarambo RM5.5 – RM5.6 una rete di servizi e d'interventi di natura socioassistenziale integrata rivolti alle **persone affette da malattia di Alzheimer e malati con deterioramento cognitivo dovuto alle diverse forme di demenza Alzheimer e non Alzheimer secondo anche quanto riporta la legge sulle demenze(esclusa la demenza senile)**, e loro familiari, capace di adattarsi e rispondere – nelle diverse fasi della patologia – in modo articolato e continuo ai bisogni terapeutici, assistenziali e di sostegno quotidiano. A tal fine saranno erogate prestazioni economiche con specifico riferimento ad interventi domiciliari gestiti in forma indiretta con la formulazione di un P.A.I. (Piano Assistenziale Individualizzato), stilato dal Servizio Sociale del Comune di residenza e dalla Asl di competenza e condiviso con il beneficiario – se in grado – o con il *caregiver*, ovvero *amministratore di sostegno/tutore*, che specifica le azioni assistenziali, le modalità di esplicazione, i tempi e gli orari che possano favorire l'univocità di alcuni interventi per ottimizzare i risultati e gli obiettivi fissati. Nella gestione indiretta l'utente è libero di scegliere il proprio **Assistente Familiare, persona qualificata secondo i requisiti previsti dalla Legge 609/2007** (o figura equipollente), direttamente (con assunzione diretta dell'Assistente Familiare, da parte del caregiver, dell'amministratore di sostegno/tutore o del beneficiario stesso) o indirettamente, per mezzo di organizzazioni operanti nel territorio con personale rispondente ai requisiti richiesti. In ogni caso, il beneficiario è tenuto a regolarizzare il rapporto con il proprio Assistente Familiare o con l'organizzazione che presterà personale qualificato, mediante un contratto di lavoro ai sensi della normativa vigente (inclusi gli oneri assicurativi e previdenziali). Il Distretto Socio-Assistenziale di competenza non sarà responsabile relativamente all'inosservanza od omissione delle disposizioni vigenti.
- 3. DURATA.** Il *Programma Integrato Sovradistrettuale per i malati con deterioramento cognitivo dovuto alle diverse forme di demenza Alzheimer e non Alzheimer, secondo anche quanto riportato nel Piano Nazionale sulle demenze, ferma restando la disponibilità di fondi assegnati da parte della Regione Lazio, ha cadenza annuale per i beneficiari per garantire la continuità assistenziale.*
- 4. MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA.** La domanda dovrà essere presentata su apposita modulistica (reperibile sui siti istituzionali dei Comuni afferenti ai Distretti Sociosanitari RM5.5 – RM5.6 e sul sito istituzionale della ASL RM 5), La domanda corredata di tutta la documentazione di cui al punto 5 deve essere trasmessa

- consegnata a mano presso gli uffici protocollo dei Comuni di Residenza negli orari prestabiliti dai singoli comuni;
- tramite raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata ai Comuni di Residenza con oggetto “Programma HOME CARE ALZHEIMER VII annualità” in tal caso farà riferimento il timbro postale di invio della raccomandata.
- all’indirizzo di posta elettronica certificata del Comune di Residenza con oggetto “Programma HOME CARE ALZHEIMER VII annualità”.

**LA DOMANDA COMPLETA DELLA DOCUMENTAZIONE DOVRÀ ESSERE PRESENTATA ENTRO E NON OLTRE LE SEGUENTI DATE :**

- **15 NOVEMBRE 2021 con valutazione a Dicembre 2021 ed erogazione del contributo da gennaio 2022 (per un anno);**
- **16 MAGGIO 2022 con valutazione a Giugno 2022 ed erogazione del contributo da luglio 2022(per sei mesi).**

**Si specifica che le domande pervenute entro la seconda data (16 maggio), saranno ammesse alla presa in carico in base alle disponibilità delle risorse finanziarie stanziare.**

**5. DOCUMENTAZIONE NECESSARIA per gli UTENTI GIA’ BENEFICIARI DEL CONTRIBUTO**

Al fine di semplificare le procedure di accesso ai servizi e considerato che l’utenza di riferimento presenta, dal punto di vista sanitario, compromissioni funzionali ad evoluzione degenerativa, gli utenti già in carico e beneficiari del contributo alla data di pubblicazione del presente avviso sono tenuti a presentare la richiesta di mantenimento ed accettazione del contributo come da modello allegato al presente avviso:

- a) Richiesta di mantenimento e accettazione del contributo (Allegato 1), compilato in ogni sua parte, datato e sottoscritto;
- b) autocertificazione attestante lo stato di famiglia (Allegato 3);
- c) documento di identità in corso di validità del beneficiario;
- d) documento dell’amministratore di sostegno o tutore, o del delegato dal beneficiario;
- e) provvedimento di nomina di Amministratore di Sostegno/Tutore secondo la normativa vigente in materia (o richiesta dell’atto di nomina); nel caso in cui il test MMSE abbia un risultato pari o inferiore a 13 è richiesto un provvedimento di nomina di Amministratore di Sostegno/Tutore secondo la normativa vigente in materia o, qualora non fosse ancora stato emesso, la ricevuta di avvenuta presentazione dell’istanza presso il Tribunale competente.
- f) certificazione sanitaria attestante la **malattia da deterioramento cognitivo dovuto alle diverse forme di demenza Alzheimer e non Alzheimer secondo anche quanto riporta la legge sulle demenze(esclusa la demenza senile)**, rilasciata da un ex Centro U.V.A./CDCD riconosciuto dalla Regione Lazio;
- g) test di autonomia funzionale (MMSE, ADL, IADL), rilasciati dagli ex Centri Uva/CDCD o da unità operative del Servizio Sanitario Nazionale (Unità operative di geriatria o neurologia), o dallo specialista neurologo o geriatra dei Centri Assistenza Domiciliare CAD. Al fine di garantire una corretta valutazione sanitaria e una corrispondente attribuzione del punteggio è **necessario presentare i test di autonomia rilasciati da non più di 12 mesi**. Al fine di una corretta valutazione sanitaria, è preferibile consegnare integralmente le scale di valutazione di cui sopra.
- h) Test CDR (Clinical Dementia Rating) preferibilmente integrale, qualora il punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) sia  $\geq 4$ , il beneficiario passerà direttamente alla Disabilità Gravissima, come stabilito dalla DGR 104/2017;

- i) certificazione ISEE, in corso di validità (in assenza è possibile consegnare la DSU o dichiarazione sostitutiva attestante l'avvenuta richiesta presso un CAF)

## **- DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER UTENTI CHE PRESENTANO PER LA PRIMA VOLTA L'ISTANZA DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA**

- a) domanda di accesso al programma (Allegato 2), compilato in ogni sua parte, datato e sottoscritto;
- b) autocertificazione attestante lo stato di famiglia, come da modulo (allegato 3);
- c) documento di identità in corso di validità del beneficiario.
- d) documento dell'amministratore di sostegno o tutore, o del delegato dal beneficiario;
- e) provvedimento di nomina di Amministratore di Sostegno/Tutore secondo la normativa vigente in materia (o richiesta dell'atto di nomina); nel caso in cui il test MMSE abbia un risultato pari o inferiore a 13 è richiesto un provvedimento di nomina di Amministratore di Sostegno/Tutore secondo la normativa vigente in materia o, qualora non fosse ancora stato emesso, la ricevuta di avvenuta presentazione dell'istanza presso il Tribunale competente.
- f) certificazione sanitaria attestante la **malattia da deterioramento cognitivo dovuto alle diverse forme di demenza Alzheimer e non Alzheimer secondo anche quanto riporta la legge sulle demenze(esclusa la demenza senile)**, rilasciata da un ex Centro U.V.A./CDCD riconosciuto dalla Regione Lazio;
- g) test di autonomia funzionale (MMSE, ADL, IADL), rilasciati dagli ex Centri Uva/CDCD o da unità operative del Servizio Sanitario Nazionale (Unità operative di geriatria o neurologia), o dallo specialista neurologo o geriatra dei Centri Assistenza Domiciliare CAD. Al fine di garantire una corretta valutazione sanitaria e una corrispondente attribuzione del punteggio **è necessario presentare i test di autonomia rilasciati da non più di 12 mesi**. Al fine di una corretta valutazione sanitaria, è preferibile consegnare integralmente le scale di valutazione di cui sopra.
- h) Test CDR (ClinicalDementia Rating) preferibilmente integrale, qualora il punteggio sulla scala ClinicalDementia Rating Scale (CDRS) sia  $\geq 4$ , il beneficiario passerà direttamente alla Disabilità Gravissima, come stabilito dalla DGR 104/2017;
- i) certificazione ISEE, in corso di validità (in assenza è possibile consegnare la DSU o dichiarazione sostitutiva attestante l'avvenuta richiesta presso un CAF)

NON SONO AMMISSIBILI LE DOMANDE NON COMPLETE DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA SALVO RICHIESTE DI INTEGRAZIONI DOCUMENTALI AMMISSIBILI NELLE DATE SOPRAINDICATE.

LE DOMANDE NON AMMESSE POTRANNO ESSERE RIPRESENTATE NELLA SUCCESSIVA DATA CON SCADENZA AL 16 MAGGIO.

**6. ISTRUTTORIA ED AMMISSIONE.** L'Ambito Sovradistrettuale RM5.5 – RM5.6, a seguito dell'acquisizione delle richieste presentate, provvederà all'istruttoria amministrativa delle istanze pervenute ai fini dell'ammissibilità delle stesse e/o alla conferma del beneficio economico.

Il servizio sociale comunale provvederà contemporaneamente, anche attraverso visite domiciliari, a fornire una relazione sulla situazione sociale, ambientale ed economica del beneficiario utilizzando un'apposita griglia di valutazione.

Successivamente, attraverso la Commissione sociosanitaria (costituita da medici, assistenti sociali e referenti degli Uffici di Piano Distrettuali) avrà luogo la valutazione di merito – sociale, assistenziale e sanitaria – in base alla quale, per le nuove istanze pervenute, verrà redatta la graduatoria di Sovrambito per l'erogazione del contributo, in ragione delle risorse regionali messe a disposizione per l'Ambito stesso.

**7. CRITERI DI VALUTAZIONE DELLE DOMANDE.** Il punteggio finale assegnato ad ogni beneficiario è il risultato della somma dei punteggi derivanti dalla presenza dei seguenti criteri:

<b>N.</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>PUNTI</b>	<b>PUNTI TOTALI CRITERIO</b>
<b>1)</b>	<b>SITUAZIONE SANITARIA</b>		<b>30</b>
<b>1.a</b>	<b>ADL</b>		<b>10</b>
1.a.1	ADL da 0 a 3	10	
1.a.2	ADL da 4 a 5	5	
1.a.3	ADL 6	0	
<b>1.b</b>	<b>IADL</b>		<b>10</b>
1.b.1	IADL da 0 a 3	10	
1.b.2	IADL da 4 a 7 per le donne; 4 uomini	5	
1.b.3	IADL 8 per le donne 5 uomini	0	
<b>1.c</b>	<b>MMSE</b>		<b>10</b>
1.c.1	MMSE da 0 a 7	10	
1.c.2	MMSE da 8 a 12	7	
1.c.3	MMSE da 13 a 18	5	
1.c.4	MMSE da 19 a 24	3	
1.c.5	MMSE > 24	0	
<b>2)</b>	<b>SITUAZIONE SOCIALE</b>		<b>70</b>
<b>2.a</b>	<b>Composizione nucleo familiare</b>		<b>10</b>
2.a.1	Vive solo	10	
2.a.2	Nucleo di due persone	8	
2.a.3	Nucleo di tre persone	6	
2.a.4	Nucleo di quattro persone	4	
2.a.5	Nucleo di cinque persone	2	
2.a.6	Nucleo di sei persone e oltre	0	
<b>2.b</b>	<b>Situazione familiare</b>		<b>10</b>
	Presenza nello stesso nucleo di altre persone disabili, anziani o minori contemporaneamente	10	
2.b.2	Presenza di altre persone disabili	6	
2.b.3	Coniugi o parenti anziani o minori conviventi	4	
2.b.4	Assenza di persone disabili, anziani e minori	0	
<b>2.c</b>	<b>Attività o prestazioni socio-riabilitative e sanitarie godute del beneficiario</b>		<b>10</b>
2.c.1	Non usufruisce di nessun servizio	10	
2.c.2	Usufruisce di altri servizi socio-assistenziali territoriali	5	
2.c.3	Usufruisce di altri servizi socio-sanitari e/o riabilitativi territoriali	4	
<b>2.d</b>	<b>Condizioni socio-ambientali</b>		<b>10</b>
2.d.1	Nucleo che vive in luogo isolato	10	
2.d.2	Nucleo che vive nel centro urbano	6	
2.d.3	Nucleo chi vive vicino s servizi e strutture socio-assistenziali (- 1 Km)	0	
<b>2.e</b>	<b>Condizione economica (ISEE)</b>		<b>30</b>
	Da € 0,00 a € 6.500,00	30	
	Da € 6.500,01 a € 12.500,00	20	
	Da € 12.500,01 a € 18.500,00	10	
	Da € 18.500,01 a € 24.500,00	5	
	Oltre € 24.500,01	0	
	<b>TOTALE</b>		<b>100</b>

**8 EROGAZIONE.** Il Comune di San Vito Romano, in qualità di Ente capofila dell'Ambito Sovradistrettuale RM5.5 – RM5.6, corrisponderà al beneficiario riconosciuto avente diritto, un contributo periodico – di seguito denominato **assegno di cura** – pari ad un minimo di € 700,00 mensili, con erogazione bimestrale entro il mese successivo al bimestre di competenza (es.: gennaio e febbraio verranno erogati a fine marzo sempre se rendicontati, altrimenti il pagamento dei mesi/bimestri non rendicontati verrà effettuato nel bimestre in cui verranno rendicontati: es.: se

gennaio/febbraio verranno rendicontati a maggio saranno erogati entro il 31 luglio) e comunque fino a concorrenza delle risorse disponibili dal Sovrambito.

- Per gli utenti valutati idonei ma con un punteggio non sufficiente a rientrare nell'erogazione del contributo in base ai fondi disponibili, sarà costituita lista d'attesa valida per la durata dell'annualità ai sensi del presente bando. La graduatoria con gli aventi diritto rimarrà valida per un anno e si procederà al suo scorrimento al verificarsi di mutamenti nei riguardi degli ammessi e/o dei beneficiari.

- Per gli utenti che non dovessero rientrare nella presa in carico per assenza dei requisiti ai sensi del presente bando, dovranno ripresentare nuova istanza.

Il beneficiario, **per ottenere l'assegno di cura**, è tenuto a presentare bimestralmente, all'Ufficio di Piano del Distretto di riferimento, per il tramite del Servizio Sociale del proprio comune di residenza, la rendicontazione delle spese sostenute inerenti al presente progetto, con le relative quietanze di pagamento.

Il beneficiario o il suo amministratore di sostegno/tutore/caregiver dovrà presentare altresì copia del contratto di lavoro dell'assistente familiare e copia dell'attestato di qualifica dello stesso.

In caso di ricovero dell'utente in R.S.A., hospice e servizi di sollievo per un periodo superiore a 15 (quindici) giorni, l'assegno di cura sarà sospeso ed eventualmente ripristinato alla fine del ricovero/ospitalità. Il beneficiario è tenuto alla comunicazione tempestiva della data di ricovero e di dimissione.

**Il contributo è da considerarsi integrativo agli interventi sociosanitari già in atto.**

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

**L'assegno di cura non è compatibile con altri trattamenti di tipo economico riguardanti lo stesso servizio quali, ad es., Home Care Premium: in caso di fruizione di entrambi gli assegni, il rimborso del progetto Home Care Alzheimer sarà decurtato dell'intera somma corrispondente a quanto percepito con contributi analoghi.**

**9. ATTIVAZIONE DELLE PRESTAZIONI.** I beneficiari riceveranno una lettera di comunicazione da restituire firmata come atto di formale accettazione del contributo.

I beneficiari che entro tre mesi dalla formale accettazione del contributo non avranno attivato un contratto con un assistente familiare in possesso dei requisiti come specificati al punto 2 , saranno considerati decaduti dal beneficio.

La lista di attesa rimarrà valida per l'intera durata del presente bando e si procederà ad un suo scorrimento solo in caso risorse disponibili.

**Per ulteriori informazioni e chiarimenti è possibile contattare gli uffici del Servizio Sociale Professionale del proprio Comune di residenza e gli Uffici di Piano di competenza dei Distretti.**

- Allegato 1 – Domanda per mantenimento per gli utenti già beneficiari
- Allegato 2 - Domanda per presentazione di nuove istanze di ammissione al Programma
- Allegato 3 – Modello di autocertificazione di stato di famiglia

San Vito Romano,

Il Responsabile  
dell'Ambito Sovradistrettuale  
RM 5.5 – RM 5.6  
Dott. Fabio Cutini