

Determinazione del responsabile dell'Ufficio di Piano RG n. 122 del 19.05.2026

AVVISO PUBBLICO

prot. n. 1629 del 19.05.2026

Il responsabile dell'Ufficio di Piano comunica che è possibile presentare la richiesta per accedere alle prestazioni assistenziali e di aiuto personale in favore delle persone in condizione di

DISABILITA' GRAVISSIMA 2026

Deliberazione di Giunta Regionale del Lazio 9 Dicembre 2021, n. 897 "Aggiornamento Linee Guida Regionali per la programmazione territoriale delle prestazioni assistenziali domiciliari in favore degli utenti in condizione di disabilità gravissima, ai sensi del decreto interministeriale del 26 settembre 2016".

1. Destinatari

I destinatari delle prestazioni assistenziali di cui al presente avviso sono:

a. persone anziane non autosufficienti con alto bisogno assistenziale (≥ 65 anni) rientranti in una delle condizioni di compromissione funzionale definite dall'art. 3 del DM 26 settembre 2016,

b. persone con disabilità gravissima (<65 anni), in possesso dei requisiti di cui al succitato decreto,

residenti nei comuni dell'Ambito territoriale Rieti 2 e per le quali ai sensi del DM 26 settembre 2016 sia accertata 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 ≤ 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.

Per la valutazione della disabilità gravissima, di cui alle precedenti lettere a), c), d), e), e h), si rinvia alle scale di misurazione 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), dovranno invece essere utilizzati 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

Gli interventi previsti consistono per non meno del 20% delle risorse assegnate in prestazioni socioassistenziali domiciliari gestiti in forma diretta da questo Consorzio sociale da parte dei soggetti iscritti al Registro di accreditamento distrettuale

per il Servizio pubblico di assistenza domiciliare e per la parte rimanente da interventi di sostegno gestiti in forma indiretta che comportano l'erogazione di un sostegno economico a scelta tra l'Assegno di Cura e il Contributo di Cura.

L'attivazione degli interventi, in forma diretta o indiretta, è subordinata all'effettivo trasferimento delle relative risorse da parte della Regione Lazio ed è effettuata sino all'esaurimento delle risorse effettivamente disponibili ed entro i massimali definiti dalla stessa Regione Lazio. Pertanto l'ammissione delle richieste di contributo non vincola l'ente capofila all'erogazione dello stesso. Le richieste in possesso dei requisiti previsti verranno soddisfatte, nei limiti delle risorse disponibili, secondo l'ordine definito in base alla valutazione di merito effettuata con le modalità e i criteri di priorità indicati nel presente avviso.

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 15 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 situazioni di urgente necessità di incrementare la copertura assistenziale a risultanti dal PAI e a tutela della persona assistita.

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

L'assegno di cura, finalizzato a garantire la realizzazione dell'intervento di assistenza alla persona, è di durata annuale, è erogato agli aventi diritto fino alla concorrenza delle risorse disponibili in ambito distrettuale, tenendo conto degli importi minimi e massimi e dei criteri di priorità nell'accesso.

L'importo minimo da erogare è di euro 500,00 mensili per ciascuna persona avente diritto in quanto in possesso di uno dei requisiti indicati dalle lettere da a) ad i) dell'art. 3 del decreto interministeriale del 26 settembre 2016 (valutata in base alle scale ed ai criteri di cui agli Allegati allo stesso decreto).

Il Consorzio rimborserà con cadenza di norma trimestrale le spese sostenute dal beneficiario (o suo delegato o amministratore di sostegno) 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. Sono ammissibili le spese per contributi previdenziali e per compensi (solo se sono attestati i versamenti contributi 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.

2.2 Il Contributo di Cura

2.2.1 Contributo di Cura – definizione

Il contributo di cura, il cui beneficiario è l'utente che si avvale del caregiver familiare (ferma restando la verifica periodica sull'attuazione del PPA da parte dei servizi territoriali, già prevista dalla DGR 897/2021), è necessaria copia del contratto di lavoro del collaboratore familiare o i giustificativi di spesa relativi all'acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale (a titolo esemplificativo: spesa per servizi di inclusione, centri diurni, laboratori, attività sportive, prestazioni socio sanitarie, ecc).

Inoltre, come chiarito dalla Regione Lazio con nota del 16.12.2024, *all'interno del Piano Non autosufficienza è stata in ogni caso contemplata la possibilità che vi siano erogazioni di natura monetaria a favore dei beneficiari, a condizione che queste siano previste all'interno del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), di cui all'articolo 1, comma 164, predisposto a seguito della valutazione dell'equipe multidisciplinare nei confronti del diretto beneficiario. Tale scelta, risiede nella necessità di voler realizzare una tipologia di servizio che sia in grado di adattarsi il più possibile alle esigenze della persona*

non autosufficiente individuate dall'equipe nell'ambito del PAI. Al riguardo, è proprio in quest'ultimo documento che trova legittimazione la spesa rispetto al trasferimento monetario che l'ATS effettua nei confronti della persona; il progetto in sostanza rappresenta lo strumento nel quale la spesa di tali risorse trova giustificazione.

Si intende per care giver 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.

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.

Il Contributo di Cura è compatibile con la fruizione dei servizi ed interventi del complessivo sistema di offerta richiamati al precedente paragrafo 2.1.1 relativo agli Assegni di Cura.

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

L'UVMD integrata, cui è rimessa la valutazione multidimensionale del bisogno in sede di definizione del PAI, riconosce formalmente la figura del caregiver familiare e stabilisce le attività richieste allo stesso che deve concorrere all'attuazione delle cure domiciliari ivi previste. Il caregiver sarà preferibilmente la persona che convive con l'assistito ma potrà essere individuato anche in una persona non convivente purché valutata dall'UVMD in grado di assicurare le attività di cura ed assistenza necessarie.

Il contributo di cura è riconosciuto nella misura di 400,00 euro mensili per l'arco temporale di un anno.

L'ente capofila del Distretto Rieti 2 corrisponderà il contributo di cura secondo una cadenza temporale di norma trimestrale, a seguito di richiesta di liquidazione del care giver attestante la permanenza dei requisiti per l'accesso al contributo.

3. Modalità di presentazione della domanda

La domanda di accesso agli interventi sopra descritti, corredata degli allegati richiesti, deve essere redatta utilizzando i moduli A. e B. allegati al presente avviso e deve essere indirizzata al:

Consorzio sociale della Bassa Sabina - Ufficio di Piano – Via Riosole, 31 - 02047 Poggio Mirteto.

La domanda può essere presentata a mano presso l'Ufficio protocollo del Consorzio o presso il proprio Comune di residenza che si farà carico di consegnarla **tempestivamente** al Servizio Sociale Professionale/Segretariato Sociale /PUA di prossimità.

Il presente avviso pubblico viene emesso in modalità aperta, pertanto è possibile presentare domanda di accesso agli interventi fino al 30 novembre 2026. Tuttavia per la prima raccolta, le richieste di attivazione nuove o in continuità dovranno pervenire entro il termine del 19 giugno 2026.

Ai richiedenti aventi diritto all'intervento che avranno presentato richiesta entro il 19 giugno 2026, l'assegno o il contributo di cura saranno riconosciuti a far data dal primo gennaio 2026. A tutti gli altri richiedenti aventi diritto il contributo verrà riconosciuto:

- in forma indiretta dalla data di protocollazione della richiesta di accesso agli interventi assistenziali e
- in forma diretta dalla data del provvedimento di assegnazione definitiva dell'intervento di sostegno.

L'istanza deve essere formulata, dal diretto interessato o da chi ne cura gli interessi, utilizzando il modello predisposto allegato per la richiesta dell'assegno di cura/contributo di cura in favore di persone in condizione di disabilità gravissima ai sensi del Decreto interministeriale del 26 settembre 2016 (anziani non autosufficienti con alto bisogno assistenziale e persone con disabilità gravissima). Il modello è reperibile sul sito www.bassasabinasociale.it.

Per ulteriori informazioni e chiarimenti è possibile rivolgersi al Servizio Sociale presso il Comune di residenza o presso la sede del Consorzio previo appuntamento da richiedere tramite i seguenti contatti: tel. 0765.444.053-1 e_mail: segretariatosociale@bassasabinasociale.it.

A. I richiedenti che hanno già beneficiato nell'anno precedente degli interventi per la disabilità gravissima dovranno allegare la seguente documentazione:

1. copia del documento di identità in corso di validità del potenziale beneficiario del contributo;
2. copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo (se diverso dal potenziale beneficiario);
3. Attestazione **ISEE SOCIO SANITARIO** per prestazioni non residenziali in corso di validità.

B. I richiedenti l'attivazione degli interventi in oggetto per la prima volta, o che non risultano tra gli assegnatari degli interventi per la precedente annualità dovranno allegare alla domanda obbligatoriamente, pena l'esclusione dall'istruttoria di merito, la seguente documentazione:

1. 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** (v. anche par. 1 del presente avviso) secondo quanto indicato agli allegati 1 e 2 allo stesso decreto. Nella certificazione medica deve essere esplicitato il riferimento alla scala di misurazione utilizzata e il punteggio conseguito;

2. Copia della certificazione medica attestante l'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, oppure certificazione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013;
3. copia del documento di identità in corso di validità del potenziale beneficiario del contributo;
4. copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo (se diverso dal potenziale beneficiario);
5. ISEE SOCIO - SANITARIO per prestazioni non residenziali in corso di validità.

4. Istruttoria, criteri di valutazione e ammissione

L'Ufficio di Piano provvede all'istruttoria amministrativa volta alla verifica della correttezza formale delle istanze pervenute ai fini dell'ammissibilità delle stesse alla fase di valutazione, che è svolta dalla Unità valutativa multidimensionale distrettuale integrata (UVMD) costituita presso la Asl Rieti, secondo i criteri sotto indicati.

L'UVMD procede alla verifica in merito alla valutabilità/non valutabilità della sussistenza delle condizioni di disabilità gravissima sulla base della certificazione sanitaria allegata alla domanda e ai sensi del citato decreto 26 settembre 2016.

Solo per le domande valutate positivamente in merito al possesso dei requisiti definiti dal decreto, non ritenendo possibile ed opportuno definire un ordine di priorità tra le diverse tipologie di disabilità gravissima, l'UVMD, in seguito alla valutazione multidimensionale effettuata ai sensi della DGR 430/2019 tramite lo strumento della SVAMD (DCA Regione Lazio 247/2014 e 306/2014), assegna il punteggio ed effettua la graduazione del contributo per utente per l'accesso all'assegno/contributo di cura tenendo conto dei seguenti criteri definiti dalla DGR Lazio n. 897 del 9 dicembre 2021. La misura di sostegno potrà essere graduata nel valore minimo in funzione all'ISEE socio sanitario e della compresenza di altri servizi/prestazioni socio assistenziali già attivi.

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 PPA dell'utente
Nessun servizio	4
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: <ul style="list-style-type: none"> • Assistenza domiciliare fino a 12 ore settimanali; • HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a € 300,00; 	3,5
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: <ul style="list-style-type: none"> • Assistenza domiciliare tra le 13 e le 18 ore settimanali; • HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a € 450,00; • 1 g. di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale. 	3
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: <ul style="list-style-type: none"> • Assistenza domiciliare tra le 13 e le 18 ore settimanali; • HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a € 600,00; • 2 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale. 	2,5
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: <ul style="list-style-type: none"> • Assistenza domiciliare tra 25 e 30 ore settimanali; • HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a € 750,00; • 3 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale. 	2
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: <ul style="list-style-type: none"> • Assistenza domiciliare maggiore di 30 ore settimanali; • HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a € 900,00; • 4 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale; • Fino a 2 gg./settimana di frequenza in un laboratorio. 	1,5
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: <ul style="list-style-type: none"> • 5 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale; • almeno 3 gg/settimana di frequenza di un laboratorio. 	1

Nel caso in cui l'utente fruisca di servizi contenuti in due o più riquadri indicati nella tabella si applica il punteggio inferiore. Nel caso in cui l'utente fruisca di più servizi contenuti nello stesso riquadro, si applica il punteggio corrispondente diminuito di mezzo punto.

Punteggio da assegnare per la situazione economica:

FASCIA ISEE SOCIO SANITARIO	PUNTEGGIO
< 13.000	6
< 25.000	5
< 35.000	4
< 45.000	3
< 55.000	2
< 65.000	1
> 65.000	0

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:

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

4.1 INTERVENTO DI ASSISTENZA ALLA PERSONA “ASSEGNO DI CURA”

In linea con le previsioni del DPCM 21 novembre 2019, l’importo minimo del contributo riconosciuto all’utente varia dai 500,00 euro fino agli 800,00 euro, da determinare in base ai parametri definiti dalla DGR Lazio n. 897 del 9 dicembre 2021.

GRADUAZIONE DEL CONTRIBUTO PER UTENTE IN BASE ALLA SOMMA RIPORTATA IN APPLICAZIONE DEI DUE PARAMETRI PRESENZA SERVIZI/ISEE SOCIO SANITARIO	Per servizi in forma diretta minimo mensile A.	Per contributo di cura massimo mensile B.	TOTALE MASSIMO MENSILE A.+B.
Punteggio compreso tra 1 e 3	€ 100,00	€ 400,00	€ 500,00
Punteggio compreso tra 4 e 6	€ 120,00	€ 480,00	€ 600,00
Punteggio compreso tra 7 e 8	€ 140,00	€ 560,00	€ 700,00
Punteggio compreso tra 9 e 12	€ 160,00	€ 160,00	€ 800,00

4.2 CONTRIBUTO DI CURA AL CAREGIVER

In linea con il DPCM 21 novembre 2019, l’importo minimo del contributo riconosciuto all’utente varia dai 400,00 euro fino ai 700,00 euro, da determinare in base ai seguenti parametri definiti dalla DGR Lazio n. 897 del 9 dicembre 2021.

GRADUAZIONE DEL CONTRIBUTO PER UTENTE IN BASE ALLA SOMMA RIPORTATA IN APPLICAZIONE DEI DUE PARAMETRI PRESENZA SERVIZI/ISEE SOCIO SANITARIO	Per servizi gestiti in forma diretta minimo mensile A.	Per contributo di cura massimo mensile B.	TOTALE MASSIMO MENSILE A.+B.
Punteggio compreso tra 1 e 3	€ 80,00	Euro 320,00	€ 400,00
Punteggio compreso tra 4 e 6	€ 100,00	Euro 400,00	€ 500,00
Punteggio compreso tra 7 e 8	€ 120,00	Euro 480,00	€ 600,00
Punteggio compreso tra 9 e 12	€ 140,00	Euro 560,00	€ 700,00

L’assegno di cura ed il contributo di cura sono riconosciuti in continuità per gli utenti già in carico ai servizi territoriali e beneficiari della stessa misura di sostegno nella annualità precedente.

La valutazione delle richieste, in base ai criteri di priorità sopra indicati, è effettuata dalla Unità Valutativa Multidimensionale della ASL integrata da una o più assistenti sociali del Servizio sociale distrettuale.

La stessa UVMD integrata redige il Piano Assistenziale Individualizzato relativo ai destinatari dell’intervento di sostegno.

Gli esiti della valutazione delle richieste sono approvati con specifico atto determinativo del responsabile dell’Ufficio di Piano che provvede alla assegnazione dei contributi/assegni di cura.

A parità di punteggio prevarrà la richiesta in ordine cronologico di presentazione della domanda compatibilmente con la disponibilità finanziaria come previsto dalla Deliberazione di Giunta Regionale n. 897 del 9 dicembre 2021.

5. Modalità di erogazione dei contributi di cura per garantire la continuità degli interventi di sostegno

Al fine di garantire la continuità degli interventi già attivati nella precedente annualità, nelle more della valutazione delle richieste da parte della UVMD e della conseguente definizione dell’ammontare dei contributi spettanti e successivamente della definizione o aggiornamento dei Progetti personalizzati, l’Ufficio di Piano provvederà a liquidare, a titolo di anticipazione, nella misura su base mensile concessa l’anno precedente, il contributo di cura per il primo semestre del 2026 e ad attivare i corrispondenti servizi in gestione diretta.

Successivamente alla definizione da parte della UVMD del contributo di cura spettante per il 2026 l’Ufficio di Piano erogherà i contributi relativi al secondo semestre 2026 al netto delle anticipazioni già erogate, operando eventualmente un conguaglio, in positivo o in negativo, qualora il contributo liquidato in anticipazione, su base mensile, non corrisponda a quello assegnato a seguito della valutazione dell’UVMD.

6. Monitoraggio e valutazione

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

Tale Servizio verificherà l'avvenuta esecuzione degli adempimenti legati **all'atto di impegno** sottoscritto, ed in particolare gli interventi domiciliari attivati e la valutazione della loro compatibilità, con l'obiettivo della tutela bio-psico-sociale della persona assistita e di supporto alla famiglia. Lo stesso Servizio inoltre certificherà la rendicontazione delle eventuali spese sostenute riconducibili alla gestione del rapporto di lavoro instaurato per l'acquisizione delle prestazioni di assistenza, componente sociale.

A tal proposito l'utente è tenuto a presentare, al momento dell'attivazione dell'Assegno di Cura, il contratto di assunzione del personale e con cadenza mensile una rendicontazione delle spese sostenute opportunamente documentate come stabilito dalle relative norme regionali.

7. Pubblicazione graduatorie e comunicazioni ai richiedenti

Le graduatorie degli ammessi, dei non ammessi e degli assegnatari del contributo saranno pubblicate sul sito del Distretto sociale della Bassa Sabina: www.bassasabinasociale.it.

Al fine di garantire l'anonimato dei richiedenti e al contempo assolvere agli obblighi di pubblicazione e trasparenza, le graduatorie indicheranno il solo codice composto dal numero di protocollo assegnato alla richiesta.

L'Ufficio di Piano e il Servizio sociale distrettuale, attraverso le assistenti sociali presenti nei giorni ed orari definiti in ogni Comune, sono a disposizione per fornire ogni ulteriore informazione e chiarimento.

8. Atto di impegno

La persona destinataria dell'intervento (o chi ne fa le veci ai sensi di legge), sottoscrive, unitamente al PAI, un apposito atto di impegno predisposto dal Distretto Sociale della Bassa Sabina conformemente a quanto previsto dalla DGR 223/2016.

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.

IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO DI PIANO
(Roberto Sardo)

per il tramite del Comune di _____

OGGETTO: INTERVENTI RIVOLTI A PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITÀ - ANNO 2026

AVVISO PUBBLICO DEL CONSORZIO SOCIALE DELLA BASSA SABINA PROT N. 1629 DEL 19 MAGGIO 2026

AI SENSI DEL DECRETO INTERMINISTERIALE 26 SETTEMBRE 2016 E DELLE DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO N. 658/2023 E N. 937/2025

I sottoscritt _____ cod. fiscale _____
 residente in _____ via/p.zza _____ n. _____
 tel. _____

 PER SE MEDESIMO

PER _L_ SIGNOR _____ cod. fiscale _____
 con il quale il richiedente è legato dal seguente vincolo _____ (figlio/a, padre, madre, tutore, fratello, sorella,
 altro) _____ residente _____ in
 _____ via/p.zza _____ n. _____

VISTO l'Avviso pubblico prot. n. 1629 del 19 maggio 2026 relativo alla presente istanza e accettatene le condizioni ivi previste,

CHIEDE di accedere agli interventi sotto indicati:

- "Assegno di cura" quale contributo economico finalizzato all'acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia;
- "Contributo di cura" quale contributo economico per il riconoscimento ed il supporto alla figura del *care giver familiare* (componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato).
- Attivazione del Servizio di **Assistenza domiciliare in forma diretta**.

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76, D. Lgs. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto decreto

dichiara:

- ✓ che il potenziale destinatario del contributo richiesto è in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità previsti;
- ✓ che il destinatario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-assistenziale, socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- ✓ di impegnarsi, in caso di attivazione degli interventi richiesti, a dare tempestiva comunicazione al Consorzio sociale della Bassa Sabina in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 15 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.

dichiara altresì:

- A. che la persona interessata ha beneficiato nell'annualità precedente dell'assegno/contributo di cura per la disabilità gravissima e a tal fine allega:**
1. copia del documento di identità in corso di validità del potenziale beneficiario del contributo;
 2. copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo (se diverso dal potenziale beneficiario);
 3. autocertificazione delle risorse della rete socio familiare (utilizzando il modello allegato B);
 4. Attestazione **ISEE SOCIO SANITARIO** per prestazioni non residenziali in corso di validità;
- B. che la persona interessata NON ha beneficiato degli interventi in oggetto nella precedente annualità e a tal fine allega:**
1. 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** (v. anche par. 1 del presente avviso) secondo quanto indicato agli allegati 1 e 2 allo stesso decreto. **Nella certificazione medica deve essere esplicitato il riferimento alla scala di misurazione utilizzata e il punteggio conseguito;**

2. Copia della certificazione medica attestante l'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, oppure certificazione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013 e ss.mm.ii.;
3. copia del documento di identità in corso di validità del potenziale beneficiario del contributo;
4. copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo (se diverso dal potenziale beneficiario);
5. autocertificazione delle risorse della rete socio familiare (utilizzando il modello allegato B);
6. Attestazione **ISEE SOCIO SANITARIO** per prestazioni non residenziali in corso di validità.

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii., il sottoscritto autorizza l'uso e il trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza, con le modalità e per le finalità strettamente connesse e strumentali all'istruttoria della richiesta e alla conseguente eventuale concessione dei benefici richiesti.

Luogo e data, _____

Firma del richiedente

OGGETTO: Autodichiarazione sulla presenza di una rete sociale e familiare e/o accesso a benefici di qualsiasi natura e provenienza a sostegno della domiciliarità – anno 2026.

Il/La sottoscritto/a _____ Cod. fiscale _____
nato/a _____ il _____
telefono _____ e-mail _____

in qualità di richiedente l'attivazione degli interventi di cui all'avviso pubblico in oggetto in favore di:

- se stesso/a ovvero
- del/la signor/a _____
nato/a a _____ il _____ codice fiscale _____;

- visto l'avviso pubblico prot. n. 1629 del 19 maggio 2026;
- consapevole che la misura di sostegno potrà essere graduata nel valore minimo in funzione all'ISEE socio sanitario e della compresenza di altri servizi/prestazioni socio assistenziali già attivi al fine di consentire alla Unità valutativa multidimensionale distrettuale (UVMD) l'assegnazione del punteggio ed effettuare la graduazione del contributo per utente per l'accesso all'assegno/contributo di cura tenendo conto dei criteri definiti dalla DGR Lazio n. 897 del 9 dicembre 2021;

DICHIARA

consapevole delle responsabilità penali a cui può andar incontro ai sensi dell'art.76 del D.Lgs. n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché di decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art.75 del suddetto decreto;

CHE LA PERSONA INTERESSATA USUFRUISCE DEI SEGUENTI INTERVENTI/SERVIZI

contrassegnare con una X la casella corrispondente

Servizi socio assistenziali compresenti rispetto al beneficio riconosciuto all'utente per la condizione di disabilità gravissima
<input type="checkbox"/> Nessun servizio
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare fino a 12 ore settimanali; <input type="checkbox"/> HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a € 300,00;
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare tra le 13 e le 18 ore settimanali; <input type="checkbox"/> HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a € 450,00; <input type="checkbox"/> 1 g. di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale.
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare tra le 13 e le 18 ore settimanali; <input type="checkbox"/> HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a euro € 600,00; <input type="checkbox"/> 2 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale.
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare tra 25 e 30 ore settimanali; <input type="checkbox"/> HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a euro € 750,00; <input type="checkbox"/> 3 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale.
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare maggiore di 30 ore settimanali; <input type="checkbox"/> HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a euro € 900,00; <input type="checkbox"/> 4 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale; <input type="checkbox"/> Fino a 2 gg./settimana di frequenza in un laboratorio.
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: <input type="checkbox"/> 5 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale; <input type="checkbox"/> almeno 3 gg/settimana di frequenza di un laboratorio.

data _____

firma _____