

AVVISO PUBBLICO – ANNUALITA' 2025 **(SCADENZA: 17 OTTOBRE 2025)**

PROGRAMMA REGIONALE “RITORNARE A CASA PLUS”

Interventi di sostegno alla domiciliarità per le persone con particolari condizioni socio-sanitarie

Il Direttore d'Area 1 del Comune di Selargius, Coordinatore del Plus 21, in esecuzione della Deliberazione della Giunta Regionale n. 5/38 del 29.01.2025 avente ad oggetto "Programma ritornare a casa PLUS. Linee d'indirizzo annualità 2025/2026. Approvazione definitiva"

RENDE NOTO

che è aperto l'Avviso Pubblico per la presentazione delle domande per l'accesso al Programma "Ritornare a casa PLUS" per l'annualità 2025, finalizzato a garantire la domiciliarità dell'assistenza a favore di persone che si trovano nelle condizioni socio-sanitarie meglio indicate nel seguente art. 3.

Le domande potranno essere presentate al proprio comune di residenza (Monastir, Monserrato, Nuraminis, Quartucciu, Selargius, Sestu, Settimo San Pietro e Ussana) **entro e non oltre il giorno 17 Ottobre 2025.**

Art. 1 Oggetto e finalità dell'avviso

La finalità generale del presente Avviso è quella di promuovere la realizzazione di un intervento di sostegno integrato a favore delle persone non autosufficienti e con disabilità articolato in sei livelli assistenziali, gestito unitariamente dagli enti gestori degli Ambiti Plus e dai Comuni, con un diverso budget di spesa rapportato allo specifico bisogno assistenziale rilevato

La natura degli interventi mira a sostenere la persona e la sua famiglia, garantendo l'acquisizione di servizi professionali di assistenza domiciliare e attività di cura del caregiver familiare, ad eccezione del livello assistenziale dimissioni protette.

Il Programma si articola nei seguenti livelli assistenziali:

- Livello Assistenziale Dimissioni Protette;
- Livello Assistenziale Base A;
- Livello Assistenziale Base B;
- Livello Assistenziale Primo;
- Livello Assistenziale Secondo;
- Livello Assistenziale Terzo.

Art. 2 Interventi e servizi previsti

Gli interventi e servizi previsti e finanziabili per i nuovi progetti "Programma regionale Ritornare a Casa PLUS" per l'annualità 2025, compresi i mutamenti di livello, dovranno essere articolati all'interno di un progetto personalizzato predisposto e potranno essere attivati dall'ente gestore dell'Ambito Plus solo a seguito dell'accertamento dell'effettiva sussistenza delle risorse nel proprio bilancio e a seguito del parere positivo dell'Unità di Valutazione Multidimensionale del distretto socio sanitario competente per territorio.

I servizi professionali di assistenza domiciliare previsti per tutti i livelli assistenziali di seguito descritti, dovranno essere assicurati da personale in possesso di almeno uno dei seguenti requisiti:

- a) iscrizione nei registri delle/degli assistenti familiari istituiti presso gli Ambiti Plus;
- b) qualifica professionale di addetto all'assistenza di base, di operatore tecnico assistenziale dedicato esclusivamente all'assistenza diretta della persona, di operatore socio-sanitario;
- c) frequenza, con esito positivo, di un corso di formazione professionale teorico-pratico, relativo all'area dell'assistenza alla persona;
- d) possesso di una esperienza lavorativa di almeno sei mesi nel campo della cura domiciliare alla persona con regolare assunzione documentata.

Per tutti i livelli assistenziali, inoltre, l'intervento può prevedere l'acquisizione di interventi di sostegno psico-socio-educativo, di servizi di sollievo per la sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e

maternità e le emergenze temporanee diurne e notturne e per l'acquisizione di servizi di supporto come l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento degli adempimenti.

Le nuove progettualità, da attivarsi entro il termine ultimo del primo dicembre 2025, dovranno prevedere la copertura assistenziale rispettivamente fino al 31 dicembre dell'anno in corso.

I livelli assistenziali non sono tra loro cumulabili, pertanto l'accesso a un livello assistenziale superiore comporta la cessazione del livello assistenziale inferiore.

Art. 3 Destinatari del programma e livelli assistenziali

I destinatari del programma sono le persone che presentano le condizioni socio sanitarie descritte nei sottoelencati livelli assistenziali.

Livello Assistenziale Dimissioni Protette

Persone anziane non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità o persone infra sessantacinquenni ad esse assimilabili, non supportate da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata, in dimissioni protette da un contesto sanitario per la prosecuzione delle cure a domicilio.

Si tratta, nello specifico, di un intervento volto a sostenere e supportare il passaggio dall'ambiente ospedaliero o similare ad un ambiente di cura di tipo familiare, favorendo il rientro delle persone in dimissioni protette presso la propria abitazione di residenza, ovvero, per le persone senza dimora, presso strutture di accoglienza.

Per la realizzazione del livello assistenziale dimissioni protette, della durata massima di trenta giorni, è previsto un contributo regionale fino a un massimo di € 1.500,00 attivabile una sola volta nel corso dell'annualità.

L'intervento, che può integrare le prestazioni garantite quale LEA sanitario dal D.P.C.M. 12.1.2017 di cui all'art. 22, commi 4 e 5, e le prestazioni garantite dal servizio di assistenza domiciliare comunale, prevede interventi di assistenza domiciliare in modalità diretta o indiretta presso l'abitazione di residenza o presso strutture di accoglienza per le persone senza dimora.

Il progetto personalizzato è predisposto dalle Unità di valutazione territoriale dell'Azienda del SSR competente per territorio in sinergia con l'organo di valutazione multidimensionale della struttura sanitaria che dispone le dimissioni protette.

Alla richiesta deve essere allegata la certificazione di dimissioni protette rilasciata da struttura sanitaria attestante la condizione di persone anziana non autosufficiente e/o in condizioni di fragilità o di persona infra sessantacinquenne ad essa assimilabile, non supportata da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata, per la prosecuzione delle cure a domicilio.

Il livello assistenziale "Dimissioni protette" è compatibile con l'intervento Piani personalizzati L. n. 162/1998 e non può essere attivato qualora sia già attivo uno degli altri livelli previsti dal programma Ritornare a casa Plus.

Il finanziamento riconoscibile per il progetto deve essere rapportato al bisogno assistenziale rilevato e alla situazione economica del beneficiario in ragione delle seguenti soglie ISEE socio sanitario di cui al DPCM n.159 del 5.12.2013:

| | |
|--|--|
| ISEE fino a euro 15.000,00 | finanziamento progetto senza decurtazione |
| ISEE compreso fra euro 15.001 ed euro 25.000 | finanziamento del progetto decurtato del 5% |
| ISEE compreso fra euro 25.001 ed euro 35.000 | finanziamento del progetto decurtato del 10% |
| ISEE compreso fra euro 35.001 ed euro 40.000 | finanziamento del progetto decurtato del 25% |
| ISEE compreso fra euro 40.001 ed euro 50.000 | finanziamento del progetto decurtato del 35% |
| ISEE compreso fra euro 50.001 ed euro 60.000 | finanziamento del progetto decurtato del 50% |
| ISEE compreso fra euro 60.001 ed euro 80.000 | finanziamento del progetto decurtato del 65% |
| ISEE oltre 80.000 | finanziamento del progetto decurtato del 80% |

A) Livello Assistenziale Base A

Persone ultrasessantacinquenni con necessità di sostegno elevato ovvero in condizione di disabilità, ai sensi dell'art. 3 della L. n. 104/1992, 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 D.P.C.M. n. 159 del 2013, con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) \geq 3.

La documentazione deve riportare il quadro clinico dettagliato. La relazione deve essere corredata dalla scheda CDRs con punteggio pari a 3.

Il livello assistenziale base A è compatibile con l'intervento piani personalizzati L. n. 162/1998 solo ed esclusivamente nel caso di persone ultrasessantacinquenni con punteggio nella scheda salute superiore a quaranta. In tutti gli altri casi sussiste l'incompatibilità.

E' previsto un contributo regionale fino a un massimo di € 3.600,00 in caso di attivazione per dodici mensilità. Oltre all'attivazione dei servizi descritti all'art. 2 del presente avviso, nei piani personalizzati è ammissibile l'attività di cura da parte del caregiver familiare per una quota non superiore al 50% del contributo concesso. Il finanziamento riconoscibile per il progetto deve essere rapportato al bisogno assistenziale rilevato e alla situazione economica del beneficiario in ragione delle seguenti soglie ISEE socio-sanitario di cui al D.P.C.M. 5.12.2013.

| | |
|--|--|
| ISEE fino a euro 15.000,00 | finanziamento progetto senza decurtazione |
| ISEE compreso fra euro 15.001 ed euro 25.000 | finanziamento del progetto decurtato del 5% |
| ISEE compreso fra euro 25.001 ed euro 35.000 | finanziamento del progetto decurtato del 10% |
| ISEE compreso fra euro 35.001 ed euro 40.000 | finanziamento del progetto decurtato del 25% |
| ISEE compreso fra euro 40.001 ed euro 50.000 | finanziamento del progetto decurtato del 35% |
| ISEE compreso fra euro 50.001 ed euro 60.000 | finanziamento del progetto decurtato del 50% |
| ISEE compreso fra euro 60.001 ed euro 80.000 | finanziamento del progetto decurtato del 65% |
| ISEE oltre 80.000 | finanziamento del progetto decurtato del 80% |

B) Livello Assistenziale Base B

Persone con necessità di sostegno molto elevato ovvero in condizioni di disabilità di cui all'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016, 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 del 2013 e per le quali si 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 <=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.

In riferimento alla lettera i) si intendono in condizioni di dipendenza vitale le persone che hanno compromissioni in uno dei domini "motricità" e "stato di coscienza" e in almeno uno dei domini "respirazione" e "nutrizione", come previsto dall'allegato 2 del DM del 26 settembre 2016, accertati secondo le scale e i punteggi di seguito riportati:

- grave compromissione della funzione respiratoria. Deve essere indicata nella scala CIRS con punteggio pari almeno a 4 nell'ITEM "Apparato respiratorio" oltre alla descrizione del quadro clinico rilevato (Coma in respiro spontaneo, presenza di ventilazione assistita invasiva o non invasiva maggiore o uguale a 16 h o tracheotomia in respiro spontaneo);
- grave compromissione della funzione nutrizionale. Deve essere indicata nella scala CIRS con punteggio pari almeno a 4 nell'ITEM "Apparato digerente tratto superiore" oltre alla descrizione del quadro clinico rilevato (tramite alimentazione artificiale: sondino naso gastrico, gastrostomia, parenterale attraverso catetere venoso centrale);
- grave compromissione dello stato di coscienza. Deve essere indicata nella scala CIRS con punteggio pari almeno a 4 nell'ITEM "Patologie del sistema nervoso" oltre alla descrizione del quadro clinico rilevato (stato di minima coscienza, stato neurovegetativo persistente, non sono da includere le demenze);

- grave compromissione della funzione motoria. Scala Barthel INDEX (0-100). Il punteggio rilevato deve essere ricompreso tra 0 e 5.

Il Livello Assistenziale Base B è compatibile con l'intervento piani personalizzati Legge n. 162/98 solo ed esclusivamente nel caso di persone ultrasessantacinquenni con punteggio nella scheda salute superiore a 40. In tutti gli altri casi sussiste l'incompatibilità.

Per la realizzazione del progetto personalizzato di Livello assistenziale base B è previsto un contributo regionale fino a un massimo di € 7.200,00, in caso di attivazione per 12 mensilità.

Oltre all'attivazione dei servizi descritti all'art. 2 del presente avviso, nei piani personalizzati è ammissibile l'attività di cura da parte del caregiver familiare per una quota superiore al 50% del contributo concesso.

Il finanziamento riconoscibile per il progetto deve essere rapportato al bisogno assistenziale rilevato e alla situazione economica del beneficiario in ragione delle seguenti soglie ISEE socio sanitario di cui al DPCM n. 159 del 5.12.2013:

| | |
|--|--|
| ISEE fino a euro 15.000,00 | finanziamento progetto senza decurtazione |
| ISEE compreso fra euro 15.001 ed euro 25.000 | finanziamento del progetto decurtato del 5% |
| ISEE compreso fra euro 25.001 ed euro 35.000 | finanziamento del progetto decurtato del 10% |
| ISEE compreso fra euro 35.001 ed euro 40.000 | finanziamento del progetto decurtato del 25% |
| ISEE compreso fra euro 40.001 ed euro 50.000 | finanziamento del progetto decurtato del 35% |
| ISEE compreso fra euro 50.001 ed euro 60.000 | finanziamento del progetto decurtato del 50% |
| ISEE compreso fra euro 60.001 ed euro 80.000 | finanziamento del progetto decurtato del 65% |
| ISEE oltre 80.000 | finanziamento del progetto decurtato del 80% |

C) Livello Assistenziale Primo – Contributo ordinario

Persone con necessità di sostegno intensivo ovvero non autosufficienti con totale perdita di autonomia, 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 D.P.C.M. n. 159 del 2013, che necessitano di un livello assistenziale molto elevato per compiere tutte le attività quotidiane e di interventi di natura sociale e sanitaria (medica e infermieristica) effettuabili a domicilio e che si trovano in una o più delle seguenti condizioni:

- a) che a seguito di una malattia neoplastica si trovino nella fase terminale, clinicamente documentabile, della vita. La documentazione clinica rilasciata da specialista pubblico o convenzionato (oncologo) deve riportare il quadro clinico dettagliato sullo stato della malattia e sullo stato clinico del paziente e deve essere corredata della scala Karnofsky con punteggio uguale o inferiore a 30;
- b) con grave stato di demenza valutato sulla base della scala CDRs con punteggio 5. La documentazione clinica deve essere rilasciata da specialista pubblico o convenzionato (neurologo, geriatra, ecc.) deve riportare il quadro clinico dettagliato dal quale si evince che il paziente è completamente incapace di comunicare, in stato vegetativo, allettato, incontinente. La relazione deve rappresentare la presenza di tutte le suddette condizioni ed essere inoltre corredata dalla scheda CDRs con punteggio pari a 5;
- c) con patologie non reversibili (degenerative e non degenerative con altissimo grado di disabilità). La valutazione della gravità della disabilità, indipendentemente dalla patologia, deve essere effettuata tramite l'utilizzo della tabella adottata con Delib.G.R. n. 32/76 del 24.07.2012 denominata "Valutazione del grado di disabilità nelle malattie neurologiche a interessamento neuromuscolare". Nella scala di valutazione "Valutazione del grado di disabilità nelle malattie neurologiche a interessamento neuromuscolare" devono essere individuati almeno 2 ITEM nello stadio D (di cui 1 nel campo della motricità e 1 nel campo dell'alimentazione) e 3 ITEM nello stadio C. Con riferimento alle patologie SLA/SMA, differentemente, nella scala di valutazione sopra citata devono essere valorizzati almeno 1 ITEM nello stadio D (in uno dei due campi della motricità o nel campo dell'alimentazione) e almeno 2 ITEM nello stadio C di cui 1 nel campo della "Respirazione". Con riferimento alla patologia Sclerosi multipla la scala di valutazione da utilizzare è individuata nella EDSS (Expanded Disability Status Scale) che deve riportare un punteggio uguale o maggiore di 9. La scala deve essere accompagnata dalla descrizione clinica redatta da specialista pubblico o convenzionato o libero professionista;
- d) con patologie ad andamento cronico degenerativo con pluripatologia valutate sulla base della scala CIRS a 14 item, con indice di severità uguale a 3 di cui la patologia principale con punteggio pari a 5. Il punteggio della scheda CIRS deve essere accompagnato dalla descrizione clinica per ciascun ITEM preso in esame e da documentazione clinica relativa alla patologia principale rilasciata da specialista di struttura pubblica o convenzionata. Il punteggio graduato da 1 a 5, utilizzando la scala CIRS di cui alla DGR n.13/7 del 31.05.2015, deve essere definito tenendo in considerazione le regole generali di valutazione della gravità declinate nel

“Manuale di linee guida per la valutazione della scala di comorbilità ANQ, versione 10/2013. La scheda CIRS può essere redatta dallo specialista della patologia principale, dal MMG o dall’UVT.

Il Livello Assistenziale Primo non è compatibile con l’intervento dei piani personalizzati Legge n. 162/98.

Le persone dimesse da strutture residenziali a carattere sociale e socio sanitario possono accedere al programma solo in presenza di almeno una delle summenzionate condizioni sociosanitarie. In mancanza, la presa in carico, previa valutazione multidisciplinare, potrà essere assicurata nell’ambito di altri interventi assistenziali regionali e comunali (Dopo di noi, Piano personalizzato L. 162/98, SAD, ecc.).

Per la realizzazione del progetto personalizzato del Livello Assistenziale Primo è previsto un contributo regionale ordinario fino a un massimo di €16.000,00 in caso di attivazione per 12 mensilità e un cofinanziamento nella misura definita da ciascuna amministrazione comunale. In assenza di cofinanziamento comunale il progetto dovrà essere attivato per la sola parte finanziata dal contributo regionale.

Oltre all’attivazione dei servizi descritti all’art. 2 del presente avviso, nei piani personalizzati è ammissibile l’attività di cura da parte del caregiver familiare per una quota non superiore a un terzo del contributo ordinario concesso.

Il finanziamento riconoscibile per il progetto deve essere rapportato al bisogno assistenziale rilevato e alla situazione economica del beneficiario in ragione delle seguenti soglie ISEE socio sanitario di cui al DPCM n. 159 del 5.12.2013:

| | |
|--|--|
| ISEE fino a euro 15.000,00 | finanziamento progetto senza decurtazione |
| ISEE compreso fra euro 15.001 ed euro 25.000 | finanziamento del progetto decurtato del 5% |
| ISEE compreso fra euro 25.001 ed euro 35.000 | finanziamento del progetto decurtato del 10% |
| ISEE compreso fra euro 35.001 ed euro 40.000 | finanziamento del progetto decurtato del 25% |
| ISEE compreso fra euro 40.001 ed euro 50.000 | finanziamento del progetto decurtato del 35% |
| ISEE compreso fra euro 50.001 ed euro 60.000 | finanziamento del progetto decurtato del 50% |
| ISEE compreso fra euro 60.001 ed euro 80.000 | finanziamento del progetto decurtato del 65% |
| ISEE oltre 80.000 | finanziamento del progetto decurtato del 80% |

D) Livello Assistenziale Secondo – Contributo potenziamento con due funzioni vitali compromesse

Persone che presentano le condizioni previste per l’accesso al Livello Assistenziale Primo e necessità assistenziali sulle 16 h, con monitoraggio di carattere socio sanitario intenso.

Le persone devono avere almeno due funzioni vitali compromesse, secondo i punteggi di seguito riportati:

- Grave compromissione della funzione respiratoria. Deve essere indicata nella scala CIRS con punteggio pari almeno a 4 nell’ITEM “Apparato respiratorio” oltre alla descrizione del quadro clinico rilevato (Coma in respiro spontaneo, presenza di ventilazione assistita invasiva o non invasiva maggiore o uguale a 16 h o tracheotomia in respiro spontaneo);
- Grave compromissione della funzione nutrizionale. Deve essere indicata nella scala CIRS con punteggio pari almeno a 4 nell’ITEM “Apparato digerente tratto superiore” oltre alla descrizione del quadro clinico rilevato (tramite alimentazione artificiale: sondino naso gastrico, gastrostomia, parenterale attraverso catetere venoso centrale);
- Grave compromissione dello Stato di coscienza. Deve essere indicata nella scala CIRS con punteggio pari almeno a 4 nell’ITEM “Patologie del sistema nervoso” oltre alla descrizione del quadro clinico rilevato (stato di minima coscienza, stato neurovegetativo persistente, non sono da includere le demenze);
- Grave compromissione della funzione motoria. Scala Barthel INDEX (0-100). Il punteggio rilevato deve essere ricompreso tra 0 e 5.

Il Livello Assistenziale Secondo non è compatibile con l’intervento piani personalizzati Legge n. 162/98.

Per la realizzazione del progetto personalizzato di Secondo Livello è previsto:

- un contributo regionale ordinario fino a un massimo di € 16.000, in caso di attivazione per 12 mensilità e un cofinanziamento comunale nella misura definita da ciascuna amministrazione comunale. In assenza di cofinanziamento comunale il progetto dovrà essere attivato per la sola parte finanziata dal contributo regionale;
- un contributo regionale per il potenziamento dell’assistenza fino a un massimo di € 9.000 per 12 mensilità.

Oltre all’attivazione dei servizi descritti all’art. 2 del presente avviso, nei piani personalizzati è ammissibile l’attività di cura da parte del caregiver familiare per una quota non superiore a un terzo del solo contributo ordinario concesso.

I suddetti finanziamenti devono essere rapportati al bisogno assistenziale rilevato e alla situazione economica del beneficiario misurata in ragione delle seguenti soglie di ISEE socio sanitario, di cui al DPCM n.159 del 5.12.2013.

| | |
|--|--|
| ISEE fino a euro 25.000,00 | finanziamento progetto senza decurtazione |
| ISEE compreso fra euro 25.001 ed euro 35.000 | finanziamento del progetto decurtato del 5% |
| ISEE compreso fra euro 35.001 ed euro 40.000 | finanziamento del progetto decurtato del 10% |
| ISEE compreso fra euro 40.001 ed euro 50.000 | finanziamento del progetto decurtato del 25% |
| ISEE compreso fra euro 50.001 ed euro 60.000 | finanziamento del progetto decurtato del 35% |
| ISEE compreso fra euro 60.001 ed euro 80.000 | finanziamento del progetto decurtato del 50% |
| ISEE compreso fra euro 80.001 ed euro 90.000 | finanziamento del progetto decurtato del 65% |
| ISEE oltre 90.000 | finanziamento del progetto decurtato del 80% |

E) Livello Assistenziale Terzo – Potenziamento con tre funzioni vitali compromesse

Persone che presentano le condizioni previste per l'accesso al Livello Assistenziale Primo e necessità assistenziali sulle 24 h con monitoraggio di carattere socio sanitario intenso.

Inoltre tali persone devono avere almeno tre funzioni vitali compromesse, di cui una relativa alla funzione respiratoria, secondo i punteggi di seguito riportati:

- Grave compromissione della funzione respiratoria. Deve essere indicata nella scala CIRS punteggio pari a 5 nell'ITEM "Apparato Respiratorio" la descrizione del quadro clinico rilevato e dichiarazione della presenza di ventilazione assistita a permanenza h 24;
- Grave compromissione della funzione nutrizionale. Deve essere indicata nella scala CIRS punteggio pari a 5 nell'ITEM "Apparato Digerente Tratto Superiore" la descrizione del quadro clinico rilevato con presenza di PEG o nutrizione parenterale permanente;
- Grave compromissione dello Stato di coscienza. Deve essere indicata nella scala CIRS punteggio pari a 5 nell'ITEM "Patologie del Sistema Nervoso" la descrizione del quadro clinico rilevato (stato di minima coscienza, stato neurovegetativo persistente, non sono da includere le demenze);
- Grave compromissione della funzione motoria Scala Barthel INDEX (0-100) valore = 0.

Il Livello Assistenziale Terzo non è compatibile con l'intervento piani personalizzati Legge n. 162/98.

Per la realizzazione del progetto personalizzato di Terzo Livello è previsto:

- un contributo regionale ordinario fino a un massimo di € 16.000, in caso di attivazione per 12 mensilità e un cofinanziamento nella misura definita da ciascuna amministrazione comunale. In assenza di cofinanziamento comunale il progetto dovrà essere attivato per la sola parte finanziata dal contributo regionale;
- un contributo regionale per il potenziamento dell'assistenza fino a un massimo di € 27.000 per 12 mensilità.

Oltre all'attivazione dei servizi descritti all'art. 2 del presente avviso, nei piani personalizzati è ammissibile l'attività di cura da parte del caregiver familiare per una quota non superiore a un terzo del solo contributo ordinario concesso.

I suddetti finanziamenti devono essere rapportati al bisogno assistenziale rilevato e alla situazione economica del beneficiario misurata in ragione delle seguenti soglie di ISEE socio sanitario, di cui al DPCM n. 159 del 5.12.2013.

| | |
|---|--|
| ISEE fino a euro 40.000 | finanziamento progetto senza decurtazione |
| ISEE compreso fra euro 40.001 ed euro 50.000 | finanziamento del progetto decurtato del 5% |
| ISEE compreso fra euro 50.001 ed euro 60.000 | finanziamento del progetto decurtato del 10% |
| ISEE compreso fra euro 60.001 ed euro 70.000 | finanziamento del progetto decurtato del 25% |
| ISEE compreso fra euro 70.001 ed euro 80.000 | finanziamento del progetto decurtato del 35% |
| ISEE compreso fra euro 80.001 ed euro 90.000 | finanziamento del progetto decurtato del 50% |
| ISEE compreso fra euro 90.001 ed euro 100.000 | finanziamento del progetto decurtato del 65% |
| ISEE oltre 100.000 | finanziamento del progetto decurtato del 80% |

Art. 4) Attuazione intervento

L'attuazione dell'intervento "Ritornare a casa PLUS" prevede, nei limiti degli stanziamenti in bilancio, prioritariamente il rinnovo dei progetti "Ritornare a casa" attivi rispettivamente al 31 dicembre di ciascuna annualità.

Assicurato il rinnovo dei progetti, le risorse trasferite e disponibili dovranno essere utilizzate per l'attivazione delle nuove progettualità "Ritornare a casa PLUS" e per i mutamenti di Livello Assistenziale.

I nuovi progetti “Ritornare a casa PLUS” per le annualità 2025 e 2026, compresi i mutamenti di livello, potranno essere attivati dal PLUS solo a seguito dell’accertamento dell’effettiva sussistenza delle risorse nel proprio bilancio e a seguito del parere positivo dell’Unità di Valutazione Multidimensionale del Distretto Socio Sanitario competente per territorio. L’intervento “Ritornare a casa PLUS” è gestito dal PLUS21, che riceve le relative risorse dalla Regione e dai Comuni che fanno parte dell’ambito.

Il PLUS21 trasferisce ai Comuni dell’Ambito territoriale le risorse necessarie per il finanziamento dei singoli progetti, monitora costantemente l’andamento della spesa e dispone l’attivazione delle nuove progettualità secondo l’ordine cronologico di presentazione delle domande.

I progetti “Ritornare a casa Plus” attivi al 31 dicembre 2025 andranno in continuità fino al 31 dicembre 2026, salvo interruzione per rinuncia o decesso del beneficiario.

I progetti in continuità dovranno comunque essere rivalutati annualmente relativamente alla situazione economica del beneficiario sulla base delle attestazioni ISEE.

L’obbligo della valutazione in U.V.T. permane per i soli mutamenti di livello.

Art. 5 Modalità e termini per la presentazione delle istanze

La richiesta di predisposizione del progetto “Ritornare a casa PLUS”, corredata dalla relativa certificazione sanitaria, dovrà essere presentata utilizzando il modulo allegato 1 e dovrà essere inoltrata dal destinatario del progetto, da un suo delegato, dal tutore o amministratore di sostegno, al comune di residenza secondo le modalità di consegna specificate nell’allegato 2.

Il Comune di residenza trasmette successivamente l’istanza all’ente gestore dell’Ambito PLUS.

Il PLUS21, dopo aver accertato la copertura finanziaria per l’attivazione delle nuove progettualità secondo l’ordine cronologico di arrivo, trasmette le richieste alle Unità di Valutazione Territoriale (UVT) della ASL Area Vasta di Cagliari per la valutazione dell’ammissibilità al programma.

L’unità di Valutazione Territoriale (UVT) in caso di valutazione positiva approva il progetto e individua il livello di intensità assistenziale più adeguato, che dovrà essere riconducibile ai livelli assistenziali descritti, e ne dà comunicazione all’ente gestore dell’Ambito PLUS per la sua attivazione.

Nel caso di non approvazione l’UVT dovrà darne comunicazione, motivando il diniego, all’ente gestore dell’Ambito PLUS che provvederà a darne comunicazione al Comune di residenza.

Nel caso di attivazione nel corso dell’anno, i nuovi progetti dovranno coprire un arco temporale di almeno un mese.

Tutti i progetti di rinnovo e di prima annualità si concludono il 31 dicembre 2025.

In caso di ricovero in strutture ospedaliere, residenziali o hospice per un periodo fino a 30 giorni, gli interventi verranno sospesi per essere ripristinati con il rientro a domicilio. In caso di sospensione per un periodo superiore a 30 giorni si dovrà procedere a nuova valutazione in U.V.T. e all’eventuale riattivazione del progetto.

Alla richiesta devono essere allegati:

- Per il Livello Assistenziale dimissioni protette:
 1. certificazione di dimissioni protette rilasciata da struttura sanitaria (ospedali, RSA, e le altre strutture individuate come tali nell’ambito del servizio sanitario regionale) attestante la condizione di persone anziana non autosufficiente e/o in condizioni di fragilità o di persona infrasestantacinquenne ad essa assimilabile, non supportata da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata, per la prosecuzione delle cure a domicilio;
 2. attestazione ISEE – l’attestazione Isee può essere prodotta in un momento successivo nel caso in cui la sua acquisizione non sia al momento possibile per le particolari condizioni del beneficiario, assicurando comunque, la tempestiva attivazione e l’integrità dell’intervento con eventuale successivo recupero.L’attuazione del livello assistenziale non è subordinata all’attivazione delle cure domiciliari.

- Per gli altri livelli:
 1. verbale di riconoscimento della disabilità ai sensi dell’articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104.
 2. verbale di riconoscimento dell’indennità di accompagnamento o altra certificazione di cui all’allegato 3 del DPCM n.159 del 2013. Se al momento della presentazione della domanda l’interessato non ha ancora ricevuto il verbale che attesti il riconoscimento dell’indennità di accompagnamento, la relativa domanda può essere presentata con riserva di integrazione;
 3. certificazione medica specialistica rilasciata da uno specialista pubblico, convenzionato o libero professionista che dimostri una delle condizioni sanitarie (schede ministeriali e regionali in ragione delle patologie e condizione di accesso).

4. per il Livello Assistenziale Base A e il Livello Assistenziale Base B, dichiarazione di non essere beneficiari di un piano personalizzato Legge n. 162/1998 ovvero di essere beneficiari ultrasessantacinquenni di piani personalizzati Legge n. 162/1998 con punteggio nella scheda salute superiore a 40;
5. per il Livello Assistenziale Primo, Secondo e Terzo, dichiarazione di non essere beneficiari di un piano personalizzato Legge n. 162/1998;
6. attestazione ISEE socio sanitario, di cui al DPCM n. 159 del 5.12.2013.

Per tutto quanto non indicato nel presente Avviso, si rimanda alle linee guida "Ritornare a casa PLUS" – Interventi di sostegno alla domiciliarità per le persone con Disabilità gravissime – allegate alla Delibera n. 5/38 del 29.01.2025.

Art. 6 Privacy

Il trattamento dei dati, di cui il Comune capofila del PLUS 21 e gli altri enti facenti parte dell'ambito entreranno in possesso a seguito del presente avviso, verrà effettuato nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy (rif. to Regolamento Generale sulla Protezione dei dati – Regolamento (UE) 2016/679 e normativa nazionale vigente), come indicato nell'allegato 3 – Informativa trattamento dati personali".

La contitolarietà del trattamento per ciascun Comune è riferita esclusivamente ai procedimenti relativi ai cittadini residenti in tale Comune. Per l'ASL Cagliari è riferita ai procedimenti relativi ai cittadini residenti in tutti i Comuni dell'Ambito Plus 21 (Monastir, Monserrato, Nuraminis, Quartucciu, Selargius, Sestu, Settimo San Pietro e Ussana) del Distretto di Cagliari Area Vasta.

Il trattamento dei dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della riservatezza e dei diritti del richiedente.

Art. 7 Informazioni

Per informazioni e supporto è possibile rivolgersi all'ufficio PUA del Plus 21 ai recapiti di seguito indicati o all'indirizzo e-mail pua.plus21@gmail.com

Le assistenti sociali dell'équipe PUA del Plus 21 saranno presenti presso le varie sedi decentrate, previo appuntamento concordato con almeno un utente.

- A.S. Sara Delogu – Referente PUA per i Comuni Monastir e Monserrato, tel. 0708875636 e 3386387789. Riceverà previo appuntamento presso le seguenti sedi decentrate: MONASTIR: il 1° e 3° venerdì del mese, con orario 11:30/14:00, presso la sede comunale; MONSERRATO: il 2° e il 4° martedì del mese, con orario 8:00/14:00 – 14:30/18:00 presso la sede di Via Monte Arqueri.
- A.S. Cristina Piga – Referente PUA per i Comuni Nuraminis, Selargius e Sestu, tel. 0708875636 e 3515350352 . Riceverà previo appuntamento presso le seguenti sedi decentrate: NURAMINIS: il 2° venerdì del mese, con orario 09:30/13:00, presso la sede comunale; SELARGIUS: il 1° e il 3° mercoledì del mese, con orario 8:00/14:00, presso la sede di Via D'Azeglio, 2; SESTU: il 1° e il 3° venerdì del mese, con orario 9:30/13:00, presso la sede dell'Ufficio di Segretariato Sociale di Vico Pacinotti, 13.
- A.S. Graziella Meloni – Referente PUA per i Comuni Quartucciu, Settimo San Pietro e Ussana, tel. 0708875636 e 3316249434. Riceverà previo appuntamento presso le seguenti sedi decentrate: QUARTUCCIU: il 1° e il 3° giovedì del mese, con orario 15:45/17:15, presso la sede comunale, SETTIMO SAN PIETRO: il 1° venerdì del mese, con orario 9:30/12:30, presso la sede comunale; USSANA: il 2° e il 4° mercoledì del mese, con orario 9:00/14:00 presso la sede comunale.

La presenza degli operatori presso le varie sedi decentrate sarà garantita solo a seguito di appuntamento concordato.

ALLEGATI

- Allegato 1 - Modulo di domanda
- Allegato 2 – Modalità di consegna delle domande e recapiti
- Allegato 3 - Informativa trattamento dati personali

IL DIRETTORE AREA 1
RESPONSABILE DEL PLUS 21
(Dott.ssa Maria Laura Giancaspro)