SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL ROMA 3

REGOLAMENTO DEI SOGGIORNI ESTIVI

ASL ROMA 3/ COMUNE DI ROMA E FIUMICINO ANNO 2023

Premessa

I soggiorni estivi rappresentano un'occasione significativa per la prosecuzione e verifica del Progetto Riabilitativo personalizzato dell'utente predisposto dall'équipe ASL di presa in carico.

I soggiorni di cui al presente regolamento sono normati da: delibera del Consiglio Regionale 730/88, Circolari regionali dell'Assessorato Enti Locali nn.30/89, 724/93 e 588/95, legge regionale 38/96 e DGR n. 501 del 10/04/2001, successivamente integrata dalla DGR 418/2017, nelle quali viene sancita la competenza delle ASL nella gestione dei soggiorni estivi per portatori di handicap, quale prosecuzione, in località climatica, dei trattamenti riabilitativi abitualmente erogati agli aventi diritto ed inoltre dalla DGR 418/2017, ribadita con nota n. 326231 del 29.04.2019 dalla Direzione Regionale per l'Inclusione Sociale Area Politiche per l'Inclusione.

Considerato il carattere sia sanitario che socio-assistenziale dei soggiorni stessi, viene stabilito che le relative spese di gestione siano ripartite, come di seguito specificato, tra Amministrazioni Comunali ed ASL.

Alle Amministrazioni Comunali sono attribuiti gli oneri alberghieri, di trasporto, assicurativi ed economali relativi agli utenti.

All'ASL sono attribuiti gli oneri relativi al compenso per le prestazioni lavorative, spese alberghiere, di trasporto, assicurative, relative agli operatori impiegati nei soggiorni, siano essi dipendenti e/o in convenzione, appartenenti a Cooperative/Associazioni che abbiano provata esperienza nel campo della disabilità.

I servizi dell'Azienda ASL RM/3 che organizzano i soggiorni per persone con disabilità di cui al presente Regolamento sono:

- per i minori dai 14 ai 18 anni non compiuti, il servizio TSMREE
- per le persone in carico UOSD Riabilitazione Territoriale Assistenza Protesica, nelle sue articolazioni distrettuali dei 4 servizi disabili adulti.

SOGGIORNI ESTIVI PER DISABILI ADULTI e MINORI

1. Finalità e tipologia dell'intervento

Nell'ambito del progetto riabilitativo individuale predisposto dai servizi TSMREE e Disabili Adulti distrettuali della UOSD Riabilitazione Territoriale Assistenza Protesica, le finalità dell'intervento sono:

- la verifica degli interventi riabilitativi attuati nel corso dell'anno;
- favorire l'integrazione sociale e realizzare percorsi di autonomia personale;
- favorire la realizzazione di un periodo di vacanza in un contesto non familiare, con l'aiuto di personale specializzato;
- acquisire nuove capacità adattative e l'integrazione psicosociale tra pari anche finalizzata a creare gruppi appartamento o moduli abitativi per favorire autonomia da nucleo d'origine nello spirito della L.R. n. 11/2016;
- favorire inclusione sociale e dare sollievo alle famiglie.

A tal fine il Servizio Disabili Adulti, nelle articolazioni distrettuali, ricevute le richieste anche dei minori del TSMREE, promuove diverse tipologie di soggiorni riabilitativi:

1. soggiorni di gruppo, in ragione di un'organizzazione specificamente dedicata;
2. soggiorni individuali per vacanze in autonomia, con l'aiuto di personale specializzato o di un familiare.

I soggiorni possono essere svolti in diverse modalità, quali: autogestita (svolgimento in gruppo e in modo autonomo delle attività solitamente svolte dalle strutture alberghiere), gita (senza pernottamento), fine settimana (con un pernottamento), o soggiorni di breve durata (dai tre a sei giorni), tradizionali (sette giorni).

2. Destinatari dell'intervento

Il soggiorno di cui al presente regolamento viene erogato solo a favore di cittadini disabili minori e adulti, residenti nel territorio della ASL RM 3 regolarmente seguiti dai servizi TSMREE e Disabili Adulti e in possesso della certificazione attestante la condizione di handicap ai sensi della legge n. 104/92.

Per presa in carico si intende la predisposizione di un progetto socio riabilitativo elaborato durante l'anno con l'utente o suo legale rappresentante

3. Criteri di priorità

- Certificazione di invalidità civile superiore al 74% o del riconoscimento handicap in condizione di gravità ai sensi della legge n. 104/92, per minori, invalidità con indennità di frequenza;
- La non fruizione di altri contributi finanziari da parte di altri soggetti pubblici;
- Età massima di anni 60;
- Situazione socio-familiare – ambientale;
- Situazione economica (ISEE);
- Minore età.

Gli utenti in trattamento presso i Centri e/o Istituti di riabilitazione accreditati a regime residenziale e semiresidenziale potranno rivolgersi a detti Centri/Istituti per usufruire dei soggiorni riabilitativi come stabilito dalla DGR n. 501/01 e dalla DGR 418/2017. Nel caso in cui il Centro/Istituto non si attivi per l'organizzazione del soggiorno, la ASL potrà prendere in considerazione tale utenza compatibilmente con le disponibilità e previa valutazione di pertinenza progettuale.

4. Modalità presentazione domanda

Il soggiorno è concesso a seguito di presentazione di domanda da parte del richiedente o chi per esso/a, che dovrà produrre contestualmente, qualora non già in possesso dei servizi, certificazione ISEE e/o DSU completa anno 2022, copia di certificazione di invalidità civile e di L. 104/ 92. La suddetta documentazione deve essere in corso di validità.

L'incompleta produzione della documentazione sarà motivo di esclusione.

La presentazione della domanda deve avvenire attraverso la compilazione dell'apposito modulo allegato A, da consegnare, per i minori, al TSMREE e, per gli adulti, al Servizio Disabili Adulti del distretto ASL di appartenenza previo appuntamento telefonico o tramite e-mail.

Ogni domanda sarà protocollata e verrà registrato il numero di protocollo. Entro circa 20 giorni dal termine di presentazione della domanda i richiedenti potranno avere notizie circa l'accoglimento della domanda e l'eventuale posizione in graduatoria consultando il sito della ASL Roma 3.

Al fine di stabilire la priorità nell'accesso verrà formulata una graduatoria unica aziendale per i distretti ASL Roma 3 del Comune di Roma ed una per il Comune di Fiumicino degli

aventi diritto in base al maggior punteggio ottenuto applicando i seguenti criteri di priorità fino ad esaurimento delle risorse finanziarie stanziate dalle Amministrazioni comunali e dalla ASL RM/3 (secondo la ripartizione stabilita dalla Delibera Regionale 501/01 e successivi aggiornamenti).

Le due graduatorie saranno pubblicate sul sito della ASL RM 3, riportando il numero di protocollo ASL e le iniziali dell'utente.

5. Tabella punteggi

Invalidità Civile e Legge n. 104/92

a)	Da 46% a 73 %	4,6 - 7,3
b)	Da 74% a 100%	7,4 – 10
c)	100% + indennità di accompagno/ indennità di accompagno minori	12
d)	Legge 104/92 in condizione di gravità art. 3 com.3	12
e)	Legge 104/92 in condizione di non gravità art. 3 com.1	8
f)	Indennità di frequenza minori	8

Situazione nucleo convivente

Età del genitore più anziano/coniuge/età del figlio più piccolo, vive con un solo familiare:

a)	Da 65 a 69	1
b)	Da 70 a 75 o da 11 a 15	2
c)	Da 76 a 80 o da 7 a 10	3
d)	Oltre 81 o da 0 a 6	4
e)	Persona sola (o con badante o parenti che non sono genitori o coniugi)	5
f)	Vive con un solo familiare (solo genitore o coniuge)	6
e) Nucleo convivente con altri familiari in situazione di handicap grave o equivalente		7

Indicazioni del Servizio Disabili Adulti/TSMREE

a)	Nucleo familiare con forte disagio sociale e/o economico	2-4-6-8-10
b)	Priorità/Urgenza per l'attuazione del progetto riabilitativo	2-4-6-8-10

Partecipazione soggiorni estivi

a)Non ha mai partecipato a soggiorni estivi	**3**
b)ha partecipato a soggiorni estivi una sola volta	**2**
c)Ha partecipato ogni anno a soggiorni estivi	**1**

Situazione Economica - ISEE

Da 0 a 8.000,00€	4
Da 8.000,00€ a 13.000,00€	3
Da 13.000,00€ a 25.000,00€	2
Da 25.000,00€ a 50.000,00 €	1
Oltre 50.000,00 €	0

6. Livello di intensità assistenziale

Per la definizione del livello di intensità assistenziale si fa riferimento alle indicazioni dell'équipe di presa in carico del TSMREE e/o Servizio Disabili Adulti, anche in relazione alla composizione del gruppo che si andrà a costituire per il soggiorno.

Sia per i soggiorni di gruppo sia per gli individuali per determinare il livello assistenziale dei richiedenti si utilizzeranno le scale ADL e IADL, e la scheda informativa individuale.

A. Alta intensità assistenziale: rapporto 1 operatore per utente nelle 24 ore
B. Media intensità assistenziale: 1 operatore ogni 2 utenti nelle 24 ore
C. Bassa intensità assistenziale: 1 operatore ogni 3-4 utenti nelle 24 ore.

In casi eccezionali in presenza di persone con disabilità gravissima che necessitano di assistenza h24 il rapporto operatore/utente sarà di 2/1, previa valutazione della équipe valutativa.

Per il soggiorno individuale è previsto di norma 1 operatore per utente nelle 24 ore.

7. Rinuncia da parte del richiedente

La rinuncia al soggiorno deve essere comunicata tempestivamente dal richiedente e per iscritto, al servizio di TSMREE e Disabili Adulti di appartenenza, al fine di poter inserire altri utenti in graduatoria, a parità di impegno assistenziale ed economico.

Le rinunce tardive non costituiranno motivo di esclusione ai soggiorni futuri solo se motivate da gravi e comprovati impedimenti (gravi problemi di salute, lutti, ecc).

8. Motivo di esclusione

Non verranno autorizzate le richieste di utenti che hanno rinunciato tardivamente senza valido motivo negli anni precedenti.

9. Utenti inseriti in Centri di riabilitazione ex art. 26 legge 833/78

Per gli utenti inseriti nei centri di riabilitazione ex articolo 26 legge 833 78 sarà possibile la partecipazione ai soggiorni di cui al presente regolamento, a condizione che gli stessi centri dichiarino, per iscritto, che non effettuano soggiorni, che non rientrino nei requisiti disposti dal DGR n.418 del 2017 e che siano esaurite le richieste degli utenti, non inseriti in strutture ex art. 26, in carico presso il TSMREE e servizio Disabili Adulti, compatibilmente con la disponibilità economica (ASL- Comune).

10. Incontri con utenti, associazioni/cooperative.

Il servizio Disabili Adulti e il TSMREE dei Distretti Sanitari Comune di Fiumicino, Municipio X, XI e XII effettueranno incontri con gli utenti, le cooperative e/o associazioni individuate dagli utenti, al fine di condividere la pianificazione dei gruppi, i programmi e la scelta delle strutture ospitanti.

La scelta di località, strutture e servizi di trasporto, deve essere effettuata tenendo conto della convenienza economica e del rispetto di standard qualitativi adeguati alla piena realizzazione dei programmi socio-riabilitativi e delle caratteristiche specifiche del gruppo (assenza di barriere architettoniche, possibilità di Integrazione sociale ecc.).

Le località vengono scelte di norma all'interno della Regione Lazio e eventualmente regioni confinanti, eventuali deroghe dovranno essere concordate con i servizi e dagli stessi autorizzate. Gli utenti sottoscriveranno la dichiarazione di partecipazione, di cui All. B.

Le spese dovranno rispettare i limiti e i costi previsti dalla programmazione annuale ASL e dal disciplinare di Roma Capitale e Fiumicino, i tetti di spesa e l'individuazione dei gruppi, per ciascuna associazione/cooperativa, saranno oggetto di specifica delibera aziendale. Ogni possibile fattore di risparmio consentirà la partecipazione di un maggior numero di utenti e/o l'effettuazione di più giorni di soggiorno.

È indispensabile assicurarsi che le strutture siano poste nelle immediate vicinanze di presidi sanitari idonei a provvedere a qualsiasi urgenza.

A conclusione dei soggiorni le associazioni/cooperative presenteranno una dettagliata relazione sullo svolgimento degli stessi, indicando per ogni utente gli obiettivi raggiunti e potranno incontrare i servizi ASL per eventuali chiarimenti.

11. Soggiorni individuali

Ove l'utente richieda di accedere a questo tipo di soggiorno, deve presentare regolare domanda di accesso (All. A) e concordare un progetto al quale deve attenersi l’accompagnatore che prende in carico il soggetto disabile.

L’equipe della ASL dovrà valutare l’opportunità per l’utente di usufruire del soggiorno individuale e non di gruppo, nelle modalità più idonee all’ utente (es. settimana, gite senza pernottamento week end brevi).

Qualunque alternativa per problemi organizzativi/carenza di personale deve essere preventivamente autorizzata dal servizio disabili adulti.

E' possibile usufruire di soggiorni realizzati da associazioni sportive o di altro tipo, previa presentazione del progetto all' equipe ASL competente per territorio, nei termini precedentemente disposti.

Una volta accolta positivamente la domanda gli operatori dei servizi competenti informeranno l'utente sul fondo assegnato (quota ASL - Comune per rimborso spesa) ed insieme all' utente compileranno e sottoscriveranno il piano di intervento per il soggiorno individuale.

L'utente al rientro dal soggiorno dovrà presentare regolare documentazione fiscale attenendosi alle istruzioni ricevute e al modello predisposto e sottoscritto (all. C) attraverso: fatture intestate all'utente, scontrini parlanti, assegni bancari o vaglia postali con dichiarazione sottoscritta da parte dell'operatore di aver effettuato il soggiorno con il relativo foglio-firma allegato controfirmato anche dal genitore o rappresentante legale dell'utente, specificando la prestazione erogata.

In caso di accompagnamento da parte dei familiari, si provvederà a riconoscere solo le spese alberghiere, vitto ed alloggio dell'utente.

La rendicontazione delle spese dovrà essere distinta per gli operatori e gli utenti e dovrà riportare le singole voci. (albergo, trasporto).

Tutta la documentazione fiscale dovrà essere prodotta in originale più una fotocopia e dovrà essere consegnata al Servizio Disabili Adulti entro max. 30 giorni dalla data di conclusione del soggiorno.

12. Motivi di esclusione dal soggiorno individuale

L'accertamento di uno scorretto utilizzo dei fondi assegnati o lo svolgimento di attività con finalità diverse da quelle concordate comporta l'esclusione dai soggiorni individuali per gli anni successivi.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL ROMA 3

Richiesta di partecipazione ai Soggiorni Estivi ASL/Comune per l'anno 2023

Dati anagrafici

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

Per il disabile adulto/minore (cognome e nome) _____

Data e luogo di nascita_____

Codice Fiscale_____

Residente a_____ in Via _____

Telefono _____ e-mail _____

Stato civile _____

Amm.ne di Sostegno SI□NO□ Inabilit.ne/Interd.ne SI□NO□

I,C____ % Indennità d'accompagno SI□NO□ L.104/92 SI□NO□ Comma _____

L.68/99 SI□NO□ Minore indennità frequenza SI□NO□ Accompagno SI□NO□

In attesa di revisione per l'invalidita' civile □

Tipo di disabilità: Fisica□ Psichica□ Psico-fisica□ Sensoriale□

Persona di riferimento (da contattare per la presente istanza) _____

Tel._____

chiede

di partecipare ai Soggiorni Estivi Riabilitativi organizzati da codesto Servizio in forma di:

gruppo□ individuale□

preferibilmente nel mese di _____

con il seguente Ente Gestore_____

località: Marina□ Montana□, con esclusione, per motivi di salute, di_____

Il sottoscritto dichiara di aver partecipato ai Soggiorni organizzati dalla ASL nel:

2020 località_____dal_____al_____

2021 località_____dal_____al_____

2022 località_____dal_____al_____

Il **reddito personale 2022** è costituito da: assegno I.C. □ Ind. Acc.□ Ind. Freq.□ Reversibilità □ altro _____

Lavoro dipendente □ t.p. □ p.t. □ (max 24 ore sett.li) pensione da lavoro □ inabilità □

Reddito di cittadinanza SI□NO□ Importo_____ ricevuto fino al_____

Composizione del nucleo familiare convivente:

Cognome e nome	Età	Grado di parentela	IC (%)	L 104/92

Vivo/e: da solo □ con un badante □ con un solo familiare □ con più familiari □

Altro _____

Durante l'anno il sottoscritto usufruisce dei seguenti servizi:

Centro diurno sociale □_____Centro diurno ex art 26 □ _____

Centro ex art 26 domiciliare □_____h/sett_____Assegno di cura □ _____

Assistenza CAD □ (tipo e frequenza)_ _____, SAISH □ (prest. sett.li)_____

Assistenza domiciliare indiretta □ € _____

Scuola □_____Formazione professionale □ _____Tirocinio/Laboratorio □ _____

Progetto in essere del "Durante e dopo di noi" □ Residenzialità □

Il sottoscritto prende atto che la presentazione della domanda non offre certezza di partecipazione essendo, questa, subordinata alle disposizioni aziendali, al finanziamento (ASL e Comune) e alla valutazione tecnica di codesto Servizio. Sono consapevole, inoltre, che sarà **elaborata un'unica graduatoria per i Municipi X, XI e XII del Comune di Roma ed una per i residenti nel Comune di Fiumicino, le graduatorie saranno pubblicate sul sito aziendale, www.aslroma3.it.**

Ai sensi del D.L.vo 196/03, autorizzo il trattamento dei dati personali richiesti solo ed esclusivamente per fini organizzativi interni al Servizio. Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni mendaci comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dal DPR 445/2000 e ss.mm.ii.

Roma, _____

Firma del richiedente

_____

N.B: se le notizie sono state fornite da persona diversa dal richiedente indicare:

Cognome e Nome_____

tipo di legame di parentela o giuridico _____Recapito _____

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL ROMA 3

All. B

Richiesta partecipazione Soggiorno Estivo Individuale anno 2023

□ Distretto Sanitario Municipio …..

□ Distretto Sanitario Comune di Fiumicino

Il/La sottoscritta sig./ra_____

Nato/a _____ il __ __/__ __/__ __ Residente nel □ Municipio_____

□ Comune di Fiumicino domiciliato/a in _____

recapito telefonico_____ Codice

Fiscale_____

DICHIARA

di effettuare il soggiorno estivo individuale 2023

In località _____nel periodo dal _____al _____

con lo scopo di raggiungere gli obiettivi di:

_____

_____

_____

per la seguente motivazione:

_____

_____

_____

Inoltre dichiaro al fine di ricevere il rimborso previsto di:

A) di presentare al Vs ufficio alla fine del soggiorno **fattura**, **ricevuta fiscale e/o scontrini parlanti** relative alle voci sotto indicate per permettere la liquidazione del rimborso (di cui al punto D) delle spese sostenute secondo le indicazioni riportate di seguito e da me accettate:

1) per la spesa alberghiera mia e dell'operatore
2) per le spese di trasporto, provvista di date e del riferimento dell'esercizio erogante
3) delle spese effettuate per i pasti

4) dell'importo consegnato all' assistente accompagnatore, con l'indicazione della causale relativa alle prestazioni di assistenza e del periodo del soggiorno effettuato. Qualora non in possesso della ricevuta fiscale fornirà dichiarazione dell'assistente di aver ricevuto l'importo concordato e copia dell'assegno bancario, intestato all'operatore.

5) relazione finale del soggiorno relativa al raggiungimento o meno degli obiettivi stabiliti ed alle eventuali criticità incontrate, redatta sia dal sottoscritto/a sia dall' accompagnatore che ha prestato l'assistenza

B) di essere a conoscenza di dover anticipare tutte le spese del soggiorno in attesa che la ASL possa deliberare il rimborso (di cui al punto D) delle spese.

C) di sollevare la ASL ROMA 3 da ogni responsabilità civile, penale per ogni danno derivante dallo svolgimento del soggiorno.

D) di essere consapevole che la ASL mi rimborserà una quota fino ad un massimo di € _____ per la parte sanitaria e di € _____per la parte sociale (contributo del Comune) secondo progetto individuale concordato.

E) che le mie coordinate bancarie/postali dove chiedo che venga accreditato il rimborso

Al sottoscritto sig./ra_____

Banca _____

Agenzia _____

Via/Piazza _____

IBAN _____

Data _____ In fede _____

Per trasmissione con posta elettronica (solo al servizio competente per residenza)

- serviziodisabiliadulti1@aslroma3.it
- serviziodisabiliadulti2@aslroma3.it
- serviziodisabiliadulti3@aslroma3.it
- serviziodisabiliadulti4@aslroma3.it
- tsmree.ostia@aslroma3.it (Municipio 10)
- tsmree.acilia@aslroma3.it (Municipio 10)
- tsmree.d3@aslroma3.it (Municipio 11)
- tsmree.d4@aslroma3.it (Municipio12)
- uo.tsmreepsy@aslroma3.it (Fiumicino)

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL ROMA 3

All.C

Autorizzazione Soggiorno Estivo Individuale anno 2023

o **Distretto Sanitario Municipio** .....

o **Distretto Sanitario Comune di Fiumicino**

Il/La sottoscritta sig./ra _____

Nato/a il_____/__/_____Residente nel □ Municipio_____

□ Comune di Fiumicino domiciliato/a in _____recapito telefonico_____Codice Fiscale_____

DICHIARA

di effettuare il soggiorno di vacanza individuale

in località _____

con l'operatore _____o da individuare_____

nel periodo dal _____al_____

con l'obiettivo di:_____

DICHIARA

Di svolgere attività lavorativa SI□ NO□

SI_____e di lavorare a tempo pieno per ore settimanali n°_____

o di lavorare a tempo part-time per ore settimanali n°_____

Data _____

In fede

_____