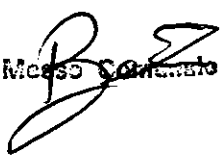


Comune per nr. 30
 dal 7.6.16 al 7.7.16
 Il 7.6.16

Il Mezzo Commune




COMUNE DI RENDE

87036 PROVINCIA DI COSENZA

Settore Servizi al Cittadino

Via Paganini-Piazza Rossini - 87036 Rende (CS)

Tel.: 0984 - 8284323

DISTRETTO SOCIO SANITARIO VALLE CRATI AMBITO TERRITORIALE DI RENDE
 COMPRENDENTE I COMUNI DI : *RENDE - CASTROLIBERO - CASTIGLIONE COSENTINO -
 MARANO MARCHESATO - MARANO PRINCIPATO - ROSE - SAN PIETRO IN GUARANO -
 SAN VINCENZO LA COSTA - SAN FILI.*

AVVISO PUBBLICO

“Interventi e servizi socio-assistenziali in favore di persone affette da SLA e disabilità gravissime”.

Ammissione alla misura per l'erogazione di un “assegno di cura” ai soggetti in condizioni di
 disabilità grave e gravissima e di dipendenza vitale (SLA) che necessitano di assistenza continua
 nelle 24 ore.

Premessa

- Vista la Legge n° 328/2000 “Legge Quadro per la realizzazione del Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali” per come richiamata dalla Legge Regionale di riordino n° 23/2003 e in particolare il principio, in essa contenuto della programmazione partecipata da parte delle comunità locali in virtù delle quali i comuni, titolari delle funzioni socio-assistenziali, sono deputati all'elaborazione di Piani di interventi zionali con la partecipazione di tutti i soggetti pubblici e privati presenti nel proprio ambito territoriale intercomunale;
- Richiamato l'art. 6, comma 2, lettera a) della Legge 328/2000 sopra citata che attribuisce, tra l'altro, ai Comuni l'attività di programmazione, progettazione, realizzazione del sistema locale dei servizi sociali;
- Vista la legge 104/1992 “legge Quadro sull'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate ed in particolare l'art. 391-ter, così come modificato dalla legge n. 162 del 21 maggio 1998, concernenti misure di sostegno in favore di persone con handicap grave;
- Vista la Legge Regionale n. 1 del 2 febbraio 2004 recante politiche regionali per la famiglia ed in particolare l'art. 2, commi 1.1, 1.3, 1.4 3 1.7;
- Dato atto che con Deliberazione del Consiglio regionale n. 364 del 06.08.2009 è stato approvato il Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali e indirizzi per la definizione dei piani di zona delineando tra i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) sei aree di intervento che rappresentano i settori di bisogni per i quali le politiche sociali devono prioritariamente prevedere interventi e risposte tra cui le aree relative al sostegno ai disabili e sostegno agli anziani;
- Visto il DPCR n. 12 del 31.01.2011 recante le “Linee Guida per le Cure Domiciliari”;
- Vista la delibera della Giunta Regionale n. 311 dell' 11.09.2013 recante “Linee guida per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;

- Vista la Circolare della Regione Calabria prot. n. 101387 del 24.03.2014 di direttive in merito alle linee operative per la pianificazione degli interventi relativi al FNA ed in particolare per le azioni da realizzare, secondo le direttive regionali, in favore di persone in condizione di disabilità gravissima e di dipendenza vitale (SLA);
- Visto il Piano distrettuale per le non autosufficienze, di cui alle DGR nn. 311 e 506/2013;

Tanto premesso

L'Amministrazione Comunale di Rende, in qualità di Comune Capofila del Distretto socio-assistenziale n. 2 emana il presente avviso, nell'ambito degli interventi previsti dal piano per le non autosufficienze di cui in premessa, finalizzati a sperimentare programmi specifici per contenere i processi di esclusione sociale, per l'ammissione alla misura per l'erogazione di un "Assegno di cura" ai soggetti in condizione di disabilità grave e gravissima e di dipendenza vitale (SLA) che necessitano di assistenza continua nelle 24 ore.

Art. 1 – Descrizione della misura

Il distretto socio-assistenziale n. 2 di Rende, intende realizzare a favore di n. 12 utenti, senza limite di reddito, in situazione di cui all'art. 3 e residenti nel territorio del distretto socio assistenziale n. 2 comprendente oltre il comune di RENDE, i comuni di CASTROLIBERO – CASTIGLIONE COSENTINO – MARANO MARCHESATO – MARANO PRINCIPATO – ROSE – SAN PIETRO IN GUARANO – SAN VINCENZO LA COSTA – SAN FILI, una misura di carattere assistenziale, tutelare e/o educativa, finalizzata a sostenere e sviluppare tutta l'autonomia e le capacità possibili delle persone con disabilità gravissima e al contempo fornire supporto alle famiglie.

L'attivazione di tale intervento mira al rafforzamento della domiciliarità, mediante progetti individuali di sostegno predisposti, verificati e validati nelle U.V.M. (Unità di valutazione Multidimensionale) del distretto di Rende, nei confronti di cittadini con disabilità permanenti e gravi limitazioni dell'autonomia personale.

La misura diretta a compensare le prestazioni di assistenza assicurare dal *caregiver* familiare e/o per acquistare le prestazioni da assistente personale sarà attuata attraverso l'erogazione alla persona di un titolo per il soddisfacimento degli interventi previsti dal PAI, nel quale trovano ricomposizione tutti gli interventi necessari sociali e socio-sanitari per rispondere ai bisogni della persona fragile e garantire la continuità assistenziale.

Tale misura, determinata per un importo massimo di € 800,00 mensili e sarà erogata ai soggetti ammessi, per un periodo di 12 mesi.

Qualora le domande di ammissione siano superiori a n. 12 soggetti previsti, l'importo dell'Assegno di Cura potrà essere ridotto proporzionalmente, ma comunque non potrà essere inferiore ad € 500,00 mensili sempre nel limite del Fondo disponibile.

Art. 2 – Destinatari e requisiti di accesso

Hanno diritto alla misura i seguenti soggetti:

- a) Persone di qualsiasi età, affette da malattie del motoneurone, ivi compresa la Sclerosi Laterale Amiotrofica, con livello di deficit grave-colonna 3 e di deficit completo colonna 4 (strumento DB-SLA per valutare le persone affette da malattie del motoneurone);
- b) Persone di qualsiasi età, in stato vegetativo (SV) che consegue a coma indotto da gravi celebrazioni acquisite, cioè ad eventi di natura traumatica, vascolare, anossica o infettiva o, comunque, da noxae acquisite, che non includono le patologie congenite, involutive e degenerative con GCS fino a 10 (GLASGOW COMA SCALE per valutare persone in stato vegetativo);

- c) Persone con età inferiore ai 65 anni, con profilo pari a 3 o 4 sistema ADI/SPER, senza tener conto dell'apporto assistenziale reso dal caregiver, patologie che comportano comunque la dipendenza vitale e la necessità di assistenza continua nell'arco delle 24 ore (es. Corea di Huntington, forme gravi di distrofia e di miopatia, sclerosi multipla, Locked ecc.), per i quali devono essere compresenti tutte le seguenti condizioni:
- perdita di ogni autonomia motoria indipendentemente dalla patologia di base e assenza di autonomia nello svolgimento dell'attività della vita quotidiana;
 - dipendenza totale dall'accudente o da tecnologie assistive nella funzione della respirazione o della nutrizione;
 - permanenza al domicilio con assistenza vigile attuata da familiare o assistente personale nell'arco delle 24 ore;

per i minori non si procede alla valutazione con ADI/SPER, ma si verifica la presenza associata di tutte le condizioni sopra elencate.

Non potranno accedere alla presente misura le persone affette da SLA che attualmente usufruiscono della misura sperimentale attuata dalla Regione Calabria.

Art. 3 – Graduatoria

Qualora le domande di accesso al servizio superino il n. di 12, si procederà a stilare una graduatoria nel rispetto dei seguenti criteri, in ordine di priorità:

1. minore età anagrafica;
2. composizione del nucleo familiare (famiglia monoparentale, presenza di altre persone con disabilità oltre al soggetto per cui si richiede l'intervento, presenza di minori);
3. reddito più basso (Valore ISEE).

Art. 4 – Modalità di presentazione delle domande per l'ammissione alla misura

Le domande per poter accedere alla misura, redatte utilizzando il modello allegato al presente avviso, dovranno essere presentate presso il Servizio Sociale del Comune di residenza, entro e non oltre il 30° giorno dalla pubblicazione del presente avviso all'Albo Pretorio, allegando alla Domanda i seguenti documenti:

1. certificazione in originale del deficit clinico funzionale rilasciata dal medico curante (medico di Medicina generale/Pediatra di famiglia o Medico specialista di struttura accreditata, pubblica o privata), secondo il modello allegato;
2. copia del Documento d'Identità e della Tessera sanitaria della persona con disabilità gravissima;
3. copia del documento di identità del dichiarante (se diverso dalla persona con disabilità gravissima: in caso di potestà genitoriale congiunta deve essere prodotta da entrambi i genitori);
4. in caso di cittadino non comunitario copia permesso di soggiorno in corso di validità;
5. nel caso in cui la persona con disabilità gravissima in dipendenza vitale sia temporaneamente impedita a presentare la domanda e dunque la domanda viene presentata dal coniuge o, in sua assenza, figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado: dichiarazione ai sensi dell'art. 4 DPR 445/2000, compilato di fronte a Pubblico Ufficiale;
6. nel caso in cui il conto corrente che verrà utilizzato per riscuotere il contributo non sia né intestato né cointestato alla persona con disabilità gravissima in dipendenza vitale: delega ai sensi dell'art. 21 c. 2 e art. 47 DPR 445/2000, compilata di fronte a Pubblico Ufficiale;
7. eventuale atto di procura generale notarile, qualora necessario;

8. certificato di disabilità riconosciuta ai sensi della Legge 104/92; nel caso in cui non sia stata ancora rilasciata la suddetta certificazione, dovrà essere allegata la ricevuta di presentazione dell'istanza, inoltrata all'INPS antecedentemente alla data di scadenza del presente avviso, per il riconoscimento dell'invalidità ai sensi della Legge 104/92;
9. verbale dal quale risulti la situazione di disabilità con grado di invalidità al 100% riconosciuta ai sensi della Legge 118/71;
10. certificazione attestante la patologia rilasciatoo da un Centro Pubblico Specialistico;
11. attestazione di esenzione dal Ticket sanitario;
12. dichiarazione relativa al consenso al trattamento dei dati personali (D.Lgvo 196/2003).

Le domande pervenute successivamente alla data di scadenza dell'avviso verranno collocate in ordine cronologico in apposita lista d'attesa cui si potrà attingere soltanto a seguito dell'esaurimento della graduatoria di cui all'art. 3.

Il modello di domanda potrà essere scaricato dal sito Internet del Comune di Residenza o presso l'ufficio dei Servizi Sociali competente per territorio.

Art. 5 – Privacy

Tutti i dati personali di cui questo settore verrà in possesso verranno trattati nel rispetto del D.Lgs 196/2003 – “Codice in materia di protezione dei dati personali”, e successivamente modifiche ed integrazioni, esclusivamente per finalità attinenti alla procedura in essere.

Art. 6 – Pubblicazione dell'Avviso

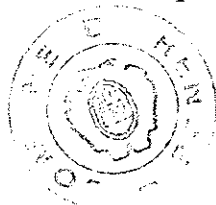
Il presente avviso viene trasmesso, per la pubblicazione all'Albo Pretorio dei Comuni facenti parte del Distretto Socio-Sanitario n. 2 Rende nonché sui rispettivi siti istituzionali.

Il Responsabile del Procedimento: Dott. Vincenzo Campolongo, tel 0984-8284325/323 – mail v.campolongo@comune.rende.cs.it

Rende, li 07.06.2016

IL DIRIGENTE DEL SETTORE SERVIZI AL CITTADINO
DEL COMUNE CAPOFILIA DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO VALLE CRATI
AMBITO TERRITORIALE DI RENDE

f.to Dott.ssa Isa Napoli



Al Distretto Socio – Sanitario
Valle Crati
Ambito Territoriale
di RENDE

Al Comune di SAN PIETRO IN G. NO
Servizi Sociali

OGGETTO : Istanza di ammissione alla misura per l'erogazione di un "Assegno di cura" ai soggetti in condizioni di disabilità grave e gravissima e di dipendenza vitale (SLA), che necessitano di assistenza continua nelle 24 ore.

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ provincia (____) il ____ / ____ / ____

Residente a _____ Via _____ n. ____

provincia (____) cap _____

codice fiscale _____ telefono _____

cellulare _____ indirizzo e-mail _____

in qualità di diretto interessato

in qualità di tutore

indicare estremi del provvedimento di nomina : _____

in qualità di amministratore di sostegno

indicare estremi del provvedimento di nomina : _____

in qualità di procuratore

(SOLO nel caso la procura lo preveda : in questo caso è necessario allegare l'atto di procura generale notarile)

Nel caso in cui la persona affetta da gravissima disabilità sia un minore :

in qualità di genitore esercente la potestà genitoriale in via esclusiva

in qualità di genitore esercente in potestà genitoriale in modo congiunto :

madre _____ (nome e cognome)

padre _____ (nome e cognome)

(N.B. nel caso la potestà genitoriale sia esercitata in modo congiunto è necessario che la domanda, pur compilata da uno di essi, sia sottoscritta per adesione/attestazione da entrambi i genitori del minore)

Nel caso in cui la persona affetta da gravissima disabilità sia temporaneamente impedita a presentare la domanda :

in qualità di coniuge o, in sua assenza, figlio, o in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (indicare relazione di parentela _____)

(N.B. in questo caso è necessario rendere una dichiarazione ai sensi dell'art.4 D.P.R. 445/2000)

del/la Sig./sig.ra in qualità di persona affetta gravissima disabilità :

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov. (____) il ____/____/____

Codice fiscale _____

Residente a _____ prov. (____) Cap _____

Via _____ n° _____

Telefono _____ Cellulare _____

Indirizzo e-mail _____

CHIEDE

Il riconoscimento della misura "interventi sperimentali di carattere assistenziale per persone con disabilità gravi e gravissime".

Al fine del riconoscimento della misura, ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445 del 28.12.2000 e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art.75 e art.76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1. Che la persona affetta da disabilità gravissima è residente nel Comune di _____ facente parte del Distretto Socio-Sanitario Valle Crati – Ambito Territoriale di Rende comprendente i Comuni di : Rende – Castrolibero – Castiglione Cosentino – Marano Marchesato – Marano Principato – Rose – San Pietro in Guarano – San Vincenzo la Costa – San Fili.
2. Che la persona affetta da disabilità gravissima ha avuto la sua prima diagnosi di

_____ (indicare la patologia che comporta la disabilità gravissima)

in data ____/____/____

3. Che la persona affetta da disabilità gravissima è assistita da uno o più familiari care-giver come di seguito elencati :

Familiare 1:

Convivente

Non convivente

Grado di parentela _____

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov. (____) il ____/____/____

Codice fiscale _____

Residente a _____ prov. (____) Cap _____

Via _____ n° _____

Telefono _____ Cellulare _____

Indirizzo e-mail _____

Familiare 2:

- Convivente
- Non convivente

Grado di parentela _____

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov. (____) il ____/____/____

Codice fiscale _____

Residente a _____ prov. (____) Cap _____

Via _____ n° _____

Telefono _____ Cellulare _____

Indirizzo e-mail _____

4. Che il conto corrente sul quale accreditare l'importo mensile a titolo di "Assegno di Cura" qualora la presente richiesta di attivazione della misura venga accolta è il seguente:

Istituto (Banca/Posta) _____ Agenzia _____

Codice IBAN del conto corrente (27 caratteri)

/ /

Dichiarando che il medesimo conto corrente è

- Intestato alla persona affetta da disabilità gravissima (senza altri cointestatari)
- Cointestato alla persona affetta da disabilità gravissima, comunicando di seguito i dati relativi al cointestatario

Cognome e nome del cointestatario del conto corrente

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

/ / / / / / / / / / / / / / / / / /

(in caso di soggetto minorenni) intestato/cointestato ai seguenti genitori

Genitore A

Cognome e nome del intestatario del conto corrente

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

/ / / / / / / / / / / / / / / / / /

Genitore B

Cognome e nome del cointestatario del conto corrente

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

/ / / / / / / / / / / / / / / / / /

Ovvero

Delegando a riscuotere per conto della persona affetta da disabilità gravissima (o non ciò liberando i terzi da ogni qualsiasi responsabilità in merito) il buono che le/gli spetta in quanto titolare il sig./sig.ra

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov. (____) il ____/____/____

Residente a _____ prov. (____) Cap _____

Via _____ n° _____

Codice Fiscale / / / / / / / / / / / / / / / / / /

(in questo caso è necessario presentare delega ai sensi dell'art.21 c.2 e art.47 D.P.R. 445/2000)

5. Di impegnarsi, qualora la presente richiesta di attivazione della Misura "interventi carattere assistenziale per disabili gravi e gravissimi" venga accolta, a comunicare tempestivamente all'ASP di Cosenza, qualunque fatto che implichi la sospensione o l'interruzione del buono mensile e/o del voucher *(per maggiori informazioni, fare riferimento all'allegato della domanda)*;

qualunque fatto che implichi l'assenza dal domicilio, temporanea o definitiva, della persona beneficiaria

trasferimento di residenza

inserimento in Unità d'offerta semiresidenziale socio sanitarie (es. CDD, CDI, riabilitazione in diurno continuo)

ricovero di sollievo con costi a carico totale del Fondo Sanitario Regionale

ricovero presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie (es. RSA, RSD, CSS, Hospice)

decesso

nonché a trasmettere ai medesimi contatti documentazione aggiornata ed in corso di validità laddove a termine (es. permesso di soggiorno)

6. Di essere a conoscenza dei criteri previsti per il riconoscimento della Misura "interventi sperimentali di carattere assistenziali per persone con disabilità gravi e gravissime", delle tipologie di intervento previste (buono mensile, voucher), e che tale misura, una volta ammessi, è incompatibile con la fruizione di altri servizi di assistenza offerti dal Fondo non Autosufficienza annualità 2013 – DGR 311/2013 e ss.mm.ii., della durata dell'intervento.
7. Di essere consapevole del fatto che l'effettuazione di una valutazione multidimensionale della propria situazione può richiedere anche un accesso domiciliare da parte di personale della ASP competente per territorio.
8. Di essere a conoscenza che l'ASP competente per territorio ai sensi dell'art.71 del D.P.R. 445/2000, potrà procedere a idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficiario ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle normative vigenti.
9. Di aver preso visione dell'informativa all'utenza e di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possono essere trattati nel rispetto del Decreto Legislativo n.196 del 30.06.2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

ALLEGA

- Copia del documento d'identità e del codice fiscale della persona affetta da disabilità gravissima
- Copia del documento di identità del dichiarante (se diverso dalla persona affetta da disabilità gravissima): in caso di potestà genitoriale congiunta deve essere prodotta da entrambi i genitori
- In caso di cittadino non comunitario copia permesso di soggiorno in corso di validità
- Eventuale atto di procura generale notarile, qualora necessario
- ISEE in corso di validità dell'assistito

Luogo e data Firma (1)

(firma del dichiarante)

(firma dell'altro genitore esercente la potestà genitoriale)

- (1) Nel caso in cui la domanda riguarda un minore, e sia compilata da uno dei genitori esercenti la potestà genitoriale in maniera congiunta, deve essere sottoscritta per adesione accettazione da entrambi i genitori.