



COMUNE DI MELITO DI PORTO SALVO
Ente Capofila Distretto Socio Sanitario n. 4 ASP 5

AVVISO PUBBLICO

“Interventi di carattere assistenziale per disabili gravissimi”

Ammissione alla misura per l'erogazione di un “Assegno di cura” ai soggetti in condizione di disabilità gravissima e di dipendenza vitale che necessitano di assistenza continua nelle 24 ore.

(Fondo non Autosufficienza D.G.R. 311/2013 e 506/2013).

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° 23/2008 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 disabili ed in particolare l'art. 39I-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 e 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 DPGR n° 12 del 31.01.2011 recante “ Linee Guida per le Cure Domiciliari”;
- Vista la delibera della Giunta Regionale n° 311 dell'11.9.2013 recante “Linee guida per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali “

- Vista la Circolare della Regione Calabria prot. n° 101387 del 24.3.2014 di direttive in merito alle linee operative per la pianificazione degli interventi relativi al F.N.A. 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 ;

- Vista la Scheda di sintesi d'intervento (FNA 2013) , stilata, dal Comune Capofila, ai sensi della DGR n. 311 del 11 settembre 2013 integrata e modificata con DGR n.506 del 30/12/2013;

Tanto premesso

L'Amministrazione Comunale di Melito di Porto Salvo, in qualità di Comune Capofila del Distretto Socio Sanitario n. 4 A.S.P. 5 emana il presente Avviso, nell'ambito degli interventi previsti dalla Scheda di sintesi d'intervento (FNA 2013) per le non autosufficienze di cui sopra, finalizzati a sperimentare programmi specifici per contenere i processi di esclusione sociale, per l'ammissione alla misura relativa all'erogazione di un "Assegno di cura" ai soggetti in condizione di disabilità gravissima e di dipendenza vitale che necessitano di assistenza continua nelle 24 ore.

Art. 1

Descrizione della misura

Il Distretto Socio Sanitario n. 4 A.S.P. 5 intende realizzare, a favore di n° 13 utenti, senza limiti di reddito, in situazione di cui all'art. 2 e residenti nel territorio comprendente, oltre al Comune di **Melito di Porto Salvo**, i comuni di **Bagaladi, Bova, Bova Marina, Cardeto, Condofuri, Montebello Jonico, Motta San Giovanni, Roccaforte del Greco, Roghudi, S. Lorenzo**, una misura di carattere assistenziale finalizzata a sostenere e sviluppare tutta l'autonomia e le capacità possibili dei disabili gravissimi 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 dall' U.V.M. (Unità di Valutazione Multidimensionale) dell'A.S.P. appositamente costituita e integrata da un' Assistente Sociale dell' Ambito Territoriale di Melito di Porto Salvo, nei confronti di cittadini portatori di disabilità permanenti e gravissime limitazioni dell'autonomia personale.

La misura diretta a compensare le prestazioni di assistenza assicurate dal care giver 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 di € 310,00 mensili, sarà erogata ai soggetti ammessi, per un periodo di mesi 12 e avrà decorrenza dal 01.01.2019.

Art. 2

Destinatari e requisiti di accesso

Hanno diritto alla misura i seguenti soggetti:

- a) stato di disabilità gravissima come da D.M. 26 settembre 2016, art. 3, comma 2 lettere da a) ad i):
- Sclerosi laterale amiotrofica;
 - Sclerosi multipla;
 - Gravi demenze;
 - Gravissime disabilità psichiche multi patologiche;
 - Gravi cerebro lesioni;
 - Stati vegetativi;
 - Ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore;
- b) con dipendenza vitale e la necessità di assistenza continua nell'arco delle 24 ore (perdita di ogni autonomia motoria indipendentemente dalla patologia di base e assenza di autonomia nello svolgimento dell'attività della vita quotidiana);
- c) dipendenza totale dall'accudente o da tecnologie nella funzione della respirazione o della nutrizione.

In ordine all'interpretazione delle tabelle di cui al DM 26.9.16 si precisa che:

- riguardo la valutazione del ritardo mentale grave o profondo, per la determinazione di tale condizione deve essere riportato all'inizio della scala il QI e non presupposto;
- riguardo la valutazione dello stato di demenza, l'accertamento della disabilità gravissima deve basarsi su una diagnosi effettuata in un centro UVA o CDCD (ex UVA);
- riguardo l'interpretazione dell'allegato 2, per le patologie residue, è necessario ricordare che la condizione di dipendenza vitale da cui consegue la necessità di "assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, 7 giorni su 7", è presupposto ineludibile per la dichiarazione di "disabilità gravissima". Tale condizione è concomitante con una delle seguenti altre condizioni: - necessità di aspirazione quotidiana,- tracheostomia, necessità di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi, o alimentazione solo tramite sondino o tramite Peg o tramite CVC;
- per ogni tabella di cui al DM 26.9.2016 è necessaria la certificazione dello specialista di riferimento, cioè colui che si occupa della diagnosi e trattamento della patologia.

Art. 3

Graduatoria

Qualora le domande di accesso al servizio superino il n. di 13 si procederà a stilare una graduatoria nel rispetto dei seguenti criteri, in ordine di priorità:

1. velocità di progressione della patologia con assegnazione della massima priorità alla percezione del contributo all'utente con progressione della patologia inferiore ai due anni; a cui seguirà l'utente con velocità di progressione della patologia tra i 2 ed i 5 anni, ed infine l'utente con velocità di progressione superiore ai cinque anni;

1. VELOCITÀ DI PROGRESSIONE DELLA PATOLOGIA					
SITUAZIONE	punti	SITUAZIONE	Punti	SITUAZIONE	punti
Progressione della patologia inferiore ai 2 anni	10	Progressione della patologia tra 2 e 5 anni	6	Progressione della patologia superiore a 5 anni	2

2. composizione del nucleo familiare, presenza di altre persone con disabilità oltre al soggetto disabile, presenza di minori.

2. NUCLEO FAMILIARE - COMPOSIZIONE					
SITUAZIONE	punti	SITUAZIONE	Punti	SITUAZIONE	punti
Famiglia con genitori o mono genitoriale con più di 2 figli	10	Famiglia con genitori o mono genitoriale con 2 figli	6	Famiglia con genitori o mono genitoriale con 1 figlio	2

NUCLEO FAMILIARE – COMPRESENZA DISABILITA'/FRAGILITA'/MINORI					
SITUAZIONE	punti	SITUAZIONE	Punti	SITUAZIONE	punti
Presenza nello stesso nucleo familiare del paziente di altro disabile anche non grave	10	Presenza nello stesso nucleo familiare del paziente di 1 o più > 65 in condizioni di fragilità	6	Presenza nello stesso nucleo familiare del paziente di uno o più minori da accudire < = anni 10	2

3. ISEE più basso

LIMITE ECONOMICO ACCESSO AL CONTRIBUTO (attestato ISEE)									
SITUAZIONE	punti	SITUAZIONE	punti	SITUAZIONE	punti	SITUAZIONE	punti	SITUAZIONE	punti
Da € 0,00 a € 20.000,00	10	Da € 20.000,01 a € 30.000,00	8	Da € 30.000,01 a € 40.000,00	6	Da € 40.000,01 a € 50.000,00	4	Da € 50.000,01 a € 60.000,00 e oltre	2

4. In caso di parità di punteggio si darà priorità all'utente con minore età anagrafica.

Art. 4

Modalità di presentazione delle domande per l'ammissione alla misura

Le domande per poter accedere alla misura, redatte utilizzando il modello disponibile presso il sito Internet del Comune di Melito di Porto Salvo, dovranno essere presentate all'**ufficio Protocollo del Comune di Melito di Porto Salvo** Ente Capofila del Distretto Socio Sanitario n. 4 A.S.P. 5 entro le ore 12.00 del 21.12.2018, allegando alla domanda i seguenti documenti:

1. certificazione in originale del deficit clinico funzionale rilasciata dal Medico specialista di struttura accreditata, pubblica o privata attestante una delle patologie indicate dal D.M. 26 settembre 2016, art. 3, comma 2 lettere da a) ad i);
2. copia del documento d'identità e del codice fiscale della persona affetta da disabilità gravissima;
3. 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;
4. in caso di cittadino non comunitario copia permesso di soggiorno in corso di validità;
5. nel caso in cui la persona affetta da disabilità gravissima in dipendenza vitale sia temporaneamente impedita a presentare la domanda e dunque la stessa 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 D.P.R. 445/2000, ;
6. nel caso in cui il conto corrente che verrà utilizzato per riscuotere il contributo non sia né intestato né cointestato alla persona affetta da disabilità gravissima in dipendenza vitale: delega ai sensi dell'art. 21 c. 2 e art 47 D.P.R. 445/2000;
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. attestato ISEE in corso di validità;
11. Dichiarazione relativa al consenso al trattamento dei dati personali (D.lgvo 196/2003).

La suddetta documentazione dovrà pervenire in **BUSTA CHIUSA** recante la dicitura “**Domanda per l'erogazione di un “Assegno di cura” ai soggetti in condizione di disabilità gravissima e di dipendenza vitale che necessitano di assistenza continua nelle 24 ore”**”.

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 sarà disponibile presso il sito Internet del Comune di Melito di Porto Salvo o dei siti istituzionali dei comuni del Distretto Socio Sanitario, n. 4 A.S.P. 5 ovvero presso gli uffici del Settore Servizi Sociali.

Le domande possono essere presentate utilizzando una delle seguenti modalità:

- direttamente al Comune di Melito di Porto Salvo c/o Ufficio Protocollo;
- con raccomandata a/r indirizzata al Comune di Melito di Porto Salvo, Ente Capofila del Distretto Socio Sanitario n. 4 – Viale Rimembranze n. 19 Cap. 89063 – Melito di Porto Salvo. In tal caso nella busta dovrà essere specificata la seguente dicitura: **“Domanda per l'erogazione di un “Assegno di cura” ai soggetti in condizione di disabilità grave e gravissima e di dipendenza vitale che necessitano di assistenza continua nelle 24 ore”**;

Art. 5

Incompatibilità

Sono da considerare incompatibili con l'assegno di cura altri interventi economici erogati con le medesime finalità di sostegno della permanenza a domicilio della persona con disabilità gravissima.

Art. 6

Privacy

Tutti i dati personali di cui questo Settore verrà in possesso verranno trattati ai sensi del Regolamento Europeo in materia di Trattamento dei dati personali, entrato in vigore il 25 Maggio 2018, e successive modifiche ed integrazioni, esclusivamente per finalità attinenti alla procedura in essere.

Art. 7

Pubblicazione dell'avviso

Il presente avviso viene trasmesso, per la pubblicazione all'Albo Pretorio nonché sul sito istituzionale dell'Ente, a tutti i Comuni facenti parte del Distretto Socio Sanitario n. 4 A.S.P. 5. Gli interessati potranno prendere visione dell'avviso e dell'allegato oltre che sui siti Internet dei Comuni anche presso gli uffici del Distretto Socio Sanitario n. 4 ASP 5 di Melito di Porto Salvo Viale Rimembranze n. 19 - Tel. 0965/775111 Fax 0965/781780 - pec: s.comunedimelitodiportosalvo@apogeopec.it.

Il Responsabile del Settore
Dott.ssa Giovanna Antonia Morabito

AL COMUNE DI MELITO DI PORTO SALVO
COMUNE CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 4 ASP 5 DI
MELITO DI PORTO SALVO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il ____ / ____ / ____
residente a _____ Prov _____
via/piazza _____ n° _____ tel. _____
Codice fiscale _____
Medico di Medicina Generale: _____ tel. _____
in qualità di diretto interessato
chiede

l'erogazione di un "assegno di cura" in quanto in condizione di disabilità gravissima e di dipendenza vitale che necessita di assistenza continua nelle 24 ore ai sensi della D.G.R. 311/2013 e 506/2013.

SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

IL SIG./ LA SIG.RA _____

in qualità di:

prossimo congiunto (specificare grado di parentela)

.....

convivente (specificare)

.....

.....

amministratore di sostegno (specificare gli estremi del provvedimento)

.....

chiede

l'erogazione di un "assegno di cura" in quanto in condizione di disabilità gravissima e di dipendenza vitale che necessita di assistenza continua nelle 24 ore ai sensi delle D.G.R. 311/2013 e 506/2013 a favore del/della

Sig./ra _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____
residente a _____ Cap. _____
Via/Piazza _____ n° _____ tel. _____
Codice fiscale _____
Medico di Medicina Generale: _____ tel. _____

DA COMPILARE IN OGNI CASO

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 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 D. Lgs.;

Informato, ai sensi del Regolamento Europeo in materia di Trattamento dei dati personali, entrato in vigore il 25 Maggio 2018, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; che i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui al suddetto regolamento, oltre che ad altri Enti Pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi.

Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali, oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi al Comune di Melito di Porto Salvo Ente Capofila del Distretto Socio Sanitario n. 4 di Melito di Porto Salvo.

CHIEDE

che eventuali comunicazioni al riguardo siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____
Via / piazza _____
Comune _____ CAP _____

CONSENSO

Ricevuta l'informativa e consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi del Regolamento Europeo del 25/05/2018, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili.

Data __ / __ / _____ Firma _____

Il sottoscritto chiede che il contributo venga erogato con le seguenti modalità:

(barrare con una x la scelta):

Bonifico bancario Assegno circolare

Dati per l'erogazione del contributo:

Istituto di credito :

Codice IBAN: _____

Intestato a : _____ nella
qualità _____ di _____

altre modalità: _____

N.B. In caso di variazione di domicilio o rinuncia, deve essere data tempestiva comunicazione al Comune di Melito di Porto Salvo Ente Capofila del Distretto Socio Sanitario n. 4 di Melito di Porto Salvo.

Note:

.....
.....

Si allegano i seguenti documenti:

- certificazione in originale del deficit clinico funzionale rilasciata dallo specialista di struttura pubblica competente per patologia attestante una delle patologie indicate dal D.M. 26 settembre 2016, art. 3, comma 2 lettere da a) ad i);
- 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;
- nel caso in cui la persona affetta da 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 D.P.R. 445/2000, compilato di fronte a Pubblico Ufficiale;

nel caso in cui il conto corrente che verrà utilizzato per riscuotere il contributo non sia né intestato né cointestato alla persona affetta da disabilità gravissima in dipendenza vitale: delega ai sensi dell'art. 21 c. 2 e art 47 D.P.R. 445/2000, compilato di fronte a Pubblico Ufficiale;

eventuale atto di procura generale notarile, qualora necessario;

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;

verbale dal quale risulti la situazione di disabilità con grado di invalidità al 100% riconosciuta ai sensi della Legge 118/71;

attestato ISEE in corso di validità;

Dichiarazione relativa al consenso al trattamento dei dati personali (Regolamento Europeo 25/05/2018).

Data ___ / ___ / _____

Firma _____