

COMUNE DI RUOTI

(Provincia di Potenza)

- Via Grande Fontana Bona, n.53- c.a.p.85056 - C.F.: 80002470765-P.I.: 00292060761; Codice Istat: H641-
Sito Istituzionale: www.comune.ruoti.pz.it PEC: comune.ruoti@ruoti.gov.it

AMBITO SOCIO-TERRITORIALE MARMO PLATANO MELANDRO

AVVISO PUBBLICO

IL SINDACO

Rende noto

che, ai sensi e per gli effetti della L.R. n. 7 del 16 aprile 2013, art. 17, delle Deliberazione della Giunta Regionale n. 1016 del 09/08/2013, i cittadini interessati possono fare richiesta di concessione di

CONTRIBUTO ECONOMICO PER L'ASSISTENZA AI MALATI IN STATO VEGETATIVO E STATO DI MINIMA COSCIENZA PERSISTENTE, PROLUNGATO O CRONICO

secondo le indicazioni e le modalità specificate nel presente Avviso.

1. FINALITÀ DEL CONTRIBUTO ECONOMICO

Il contributo economico è un intervento mirato ad assicurare un'adeguata assistenza al domicilio della persona in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza persistente, prolungato o cronico, evitando il ricorso precoce o incongruo al ricovero in strutture residenziali e favorendo il mantenimento della persona malata nel proprio ambiente di vita e di relazioni sociali.

Il contributo economico viene concesso per interventi rivolti ai familiari residenti in Basilicata che hanno all'interno del loro nucleo anagrafico un componente in stato vegetativo o in stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico e che prestano servizi di cura e assistenza domiciliari al paziente direttamente e/o tramite l'acquisto da terzi o da altri familiari di detti servizi.

2. REQUISITI SOGGETTIVI DEI RICHIEDENTI

Possono accedere ai benefici previsti dalla L.R. n. 7 del 16 aprile 2013, art. 17 e dalla D.G.R. n. 1016 del 09/08/2013 i familiari residenti in Basilicata che hanno all'interno del loro **nucleo anagrafico** un componente in stato vegetativo o in stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico e che prestano servizi di cura e assistenza domiciliari al paziente direttamente e/o tramite l'acquisto da terzi o da altri familiari di detti servizi, il cui familiare in stato vegetativo o in stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico sia

- residente in Basilicata da almeno 6 mesi;
- in possesso della certificazione medica comprovante la diagnosi di stato vegetativo o in stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico.

Per essere destinatari del contributo economico, i familiari devono essere in rapporto di **effettiva**

convivenza con la persona in stato vegetativo o in stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico, ovvero garantire una presenza a casa della stessa in relazione alle sue necessità.

La persona in stato vegetativo o in stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico è comunque identificata quale beneficiario finale del contributo oggetto del presente avviso.

La certificazione medica deve essere rilasciata o, se già rilasciata da altra struttura sanitaria del territorio nazionale, validata, ai fini dell'applicazione di queste direttive, dal Centro per le gravi cerebrolesioni dell'Azienda ospedaliera "S. Carlo" di Potenza o dall'U.O. ospedaliera di riabilitazione o dall'UVBR del Sistema Sanitario Regionale della Basilicata, in quanto strutture deputate alla presa in carico sanitaria di questo tipo di pazienti.

3. ENTITÀ DEL CONTRIBUTO

L'entità del contributo economico è stabilita dalla L.R. n. 7 del 16 aprile 2013, art. 17 in € 500,00 mensili.

Il contributo è concesso su base mensile e non viene riconosciuto per frazioni di diritto inferiori a 15 giorni nel mese.

Il contributo non è cumulabile con i benefici economici di altri programmi di sostegno alla disabilità quali, senza pretesa di esaustività, l'"Assegno di Cura" di cui alla D.C.R. n. 588 del 28/09/2009, il contributo per persone affette da SLA di cui alla D.G.R. n. 256/2013, il contributo alle persone in condizione di **disabilità gravissima** di cui alle DD.G.R. n. 1037 dell'11/10/2018 e n. 1100 del 30/10/2018, ecc.

Il contributo economico sarà erogato mensilmente, compatibilmente con le risorse disponibili, dal Comune Capofila dell'Ambito Socio-Territoriale attraverso assegno circolare non trasferibile ovvero accreditato su conto corrente bancario.

4. RICHIESTE DI CONTRIBUTO ECCEDENTI I FINANZIAMENTI DISPONIBILI

Nel caso in cui le richieste di contributo eccedessero la disponibilità finanziaria dell'Ambito Socio-Territoriale, avranno priorità le persone in stato vegetativo o in stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico con un ISEE più basso. Le richieste eccedenti saranno collocate in lista di attesa, secondo il medesimo criterio. In caso di parità di valore ISEE si darà priorità alle domande pervenute prima. Allo scopo di far fronte all'eventualità di cui al presente punto, il Comune di residenza del beneficiario potrà richiedere l'attestazione ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria (art. 6 del DPCM 159/2013) o ISEE Minorenni.

5. MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Il richiedente deve compilare per via elettronica la domanda di contributo economico, il cui modello è presente nell'allegato "A" del presente Avviso, servendosi dell'apposito modello di domanda informatico disponibile sul portale regionale <http://statovegetativo.regione.basilicata.it> o rivolgendosi all'Ufficio Sociale del Comune di residenza.

La domanda compilata on line dovrà essere stampata in triplice copia utilizzando la funzione stampa finale del sistema telematico.

Le tre copie firmate dal solo richiedente, corredate dalla documentazione richiesta, risultante dalla compilazione del formulario elettronico, devono essere consegnate a mano o per PEC-Posta Elettronica Certificata al Comune di residenza della persona in stato vegetativo o in stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico entro n. 30 (TRENTA) giorni dalla pubblicazione del presente avviso che continuerà a rimanere valido anche dopo tale data, compatibilmente con la disponibilità di risorse finanziarie. Farà fede il timbro a data del Comune di residenza accettante.

Per le domande consegnate a mano farà fede timbro e data di accettazione del Comune di residenza che rilascerà al richiedente, quale ricevuta, una delle tre copie della domanda. Per le domande trasmesse a mezzo PEC indicare nell'oggetto "RICHIESTA CONTRIBUTO ECONOMICO PER PERSONE IN STATO VEGETATIVO O IN STATO DI MINIMA COSCIENZA PERSISTENTE, PROLUNGATO O CRONICO" e farà fede la data di consegna.

La domanda non sarà accettata se:

- non risulterà compilata attraverso il sistema informatico;
- risulterà stampata in versione bozza;
- risulterà modificata e/o integrata a mano.

Alla domanda va allegata la seguente documentazione:

- certificazione medica comprovante la diagnosi di stato vegetativo o in stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico;
- autocertificazione, ai sensi del DPR 445/2000, dello stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di approvazione della D.G.R. n. 1016 del 09/08/2013;
- autocertificazione, ai sensi del DPR 445/2000, che attesti l'assistenza diretta al proprio familiare o l'intenzione di avvalersi, a titolo oneroso, di uno o più assistenti familiari o familiari;
- dichiarazione(**chi deve presentare la domanda ?**) relativa al rapporto contrattuale con uno o più familiari o assistenti familiari (solo nel caso la persona non autosufficiente sia già assistita da familiari o assistenti familiari).

Le domande verranno istruite in ordine di arrivo temporale.

6. DEFINIZIONE DELL'ELENCO DEI BENEFICIARI

Il Comune di residenza della persona in stato vegetativo o in stato di minima coscienza persistente prolungato o cronico, ricevute le domande, ne verifica l'ammissibilità e stila l'elenco dei beneficiari del proprio Comune, indicando i dati delle priorità riportate nel precedente punto 4 del presente avviso (ISEE del richiedente), entro 15 giorni dalla scadenza dell'avviso. L'elenco dei beneficiari ammessi, con le indicazioni di ognuno di essi dell'ISEE del richiedente, viene trasmesso al Comune capofila dell'Ambito Socio Territoriale di appartenenza, il quale stila ed approva l'elenco di Ambito dei beneficiari, comprensivo dell'eventuale lista di attesa, dandone Comune ai comuni interessati.

7. PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO

Il Servizio Sociale del Comune di residenza dei singoli beneficiari, entro 10 giorni dalla comunicazione dell'ammissibilità da parte del Comune Capofila, contatta consultivamente le strutture sanitarie territorialmente competenti, di cui alla D.G.R. n. 2102 del 17/10/2005, per procedere alla stesura del Piano di Assistenza Individualizzato con le modalità descritte al successivo punto 8, anche sulla base di quello già eventualmente predisposto dalle dette strutture sanitarie.

Il PAI sarà redatto ed approvato entro e non oltre 40 giorni dall'approvazione dell'elenco dei beneficiari.

La mancata sottoscrizione del PAI entro i termini prescritti comporterà la sospensione dell'erogazione del contributo economico. L'erogazione del contributo economico sarà riattivata dal mese successivo all'avvenuta firma. La firma del PAI non dà luogo al riconoscimento di arretrati in caso di subentro a seguito di esclusione di un beneficiario.

8. PRESA IN CARICO

Dopo la comunicazione dell'esito della domanda ai Comuni interessati facenti parte dell'Ambito Socio-Territoriale di cui al precedente punto 6, il Servizio sociale comunale competente attiva il procedimento di "presa in carico" del beneficiario attraverso la definizione e l'approvazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che diviene la condizione necessaria per l'erogazione del contributo economico.

La presa in carico deve risultare attiva nel sistema informativo del Programma regionale entro il giorno 10 del mese successivo all'approvazione del PAI. Il Comune Capofila dell'Ambito Socio-Territoriale verifica lo stato della presa in carico e trascorso tale termine, se questa non risulta attivata sul sistema informativo regionale, sollecita i Comuni di residenza per avviare le procedure di "presa in carico".

Alla definizione ed alla gestione del PAI concorrono, oltre al Servizio Sociale comunale competente,

anche la famiglia ed altri soggetti interessati od interessabili.

Responsabile del PAI è un Case Manager individuato nella figura dell'assistente sociale del Servizio sociale locale.

Il Case Manager cura le diverse fasi della presa in carico che riguardano la valutazione, la redazione del piano di assistenza individualizzato e la rivalutazione, svolgendo il ruolo di raccordo tra gli attori delle suddette fasi e con altri soggetti di volta in volta interessati od interessabili alle medesime.

Il Case Manager verifica, inoltre, l'eventuale sopravvenienza delle cause di esclusione o di sospensione del beneficio indicate al successivo punto 10.

Il Piano di Assistenza Individualizzato è predisposto dal Servizio Sociale comunale competente, attraverso il Case Manager e deve contenere:

- gli obiettivi generali ed obiettivi specifici, riferiti questi ultimi ai diversi attori del progetto;
- la durata prevista;
- il programma degli interventi;
- i vincoli negoziati tra le parti;
- gli impegni della famiglia del beneficiario, se esistente o del "caregiver";
- la responsabilità dei singoli operatori dei servizi della rete per l'attuazione del programma degli interventi.

Solo dopo aver redatto il PAI di cui sopra, il Servizio Sociale Comunale valorizzerà nel sistema informativo del Programma il nominativo del beneficiario.

Il Piano di Assistenza Individualizzato va aggiornato almeno ogni 4 mesi, in base alle condizioni generali del paziente e della sua famiglia e in tempo utile per valutare le possibili variazioni del percorso assistenziale.

9. GESTIONE DELL'ELENCO DEI BENEFICIARI

L'elenco di Ambito dei beneficiari diventa definitivo dopo la firma del PAI.

Il diritto dei beneficiari al contributo economico decorre dal mese di presentazione della domanda. In caso di subentro il diritto del beneficiario subentrato decorre dal mese di sottoscrizione del PAI.

Le domande che perverranno dopo la scadenza fissata nell'Avviso Pubblico saranno comunque ricevute dal Comune di residenza, e gestite nelle stesse modalità di cui al punto 6 del presente avviso.

Le eventuali variazioni dell'elenco dei beneficiari da parte dei Comuni di residenza degli stessi dovranno essere registrate ed inviate tramite il sistema informativo del programma entro il giorno 10 di ogni mese al rispettivo Comune Capofila dell'Ambito Socio-Territoriale in tempo utile perché quest'ultimo possa predisporre i pagamenti. Le variazioni apportate successivamente saranno considerate dal mese successivo.

L'eventuale documentazione cartacea relativa alle variazioni intervenute dovrà essere inviata, immediatamente dopo tale registrazione nel sistema, al Comune Capofila.

10. CAUSE DI ESCLUSIONE O DI SOSPENSIONE

Il ricovero in struttura residenziale o sanitaria di durata superiore a due mesi è causa di sospensione dell'erogazione del contributo economico per la durata del ricovero fino a complessivi quattro mesi.

Il diritto al contributo cessa con l'inserimento definitivo o di durata superiore a quattro mesi in struttura residenziale o sanitaria, con il trasferimento al di fuori del territorio regionale, con il decesso o con il venir meno di una delle condizioni di ammissibilità.

Sono applicabili a questo intervento economico anche le cause di esclusione o di sospensione previste per l'indennità di accompagnamento.

Il beneficiario o chi per lui si impegna a comunicare in autocertificazione secondo le normative vigenti qualunque variazione intervenga nei rapporti contrattuali con assistenti familiari e/o cooperative sociali. La comunicazione di tali eventi deve avvenire entro 15 giorni al Comune di residenza.

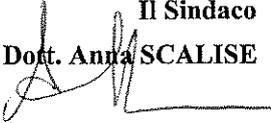
11. INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(AI SENSI DELL'ART. 13 REG. UE 2016/679 - REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI E DEL CODICE DELLA PRIVACY ITALIANO, COME MODIFICATO DAL D.LGS. 101/2018)

I dati raccolti, nell'ambito del procedimento di cui al presente avviso, saranno trattati, anche con strumenti informatici, dal Comune di Picerno (in qualità di Ente capofila) e dal Comune di residenza del beneficiario, per lo svolgimento delle funzioni istituzionali, nel rispetto di quanto stabilito dal Decreto Leg.vo n. 196/2003

(Codice in materia di protezione dei dati personali) e dal regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali n. 679/2016 (DGPR).

Ruoti, 31 marzo 2021


Il Sindaco
Dott. Anna SCALISE

Allegato A

CONTRIBUTO ECONOMICO PER L'ASSISTENZA AI MALATI IN STATO VEGETATIVO E STATO DI MINIMA COSCIENZA PERSISTENTE, PROLUNGATO O CRONICO

Schema di domanda

Al Sig. Sindaco del Comune di _____ _____ _____	prot. n° _____ del _____
---	-----------------------------

(Riservato all'Ufficio)

Il sottoscritto/a _____	codice fiscale _____
nato/a a _____ (____)	il _____
residente a _____	CAP _____
indirizzo _____, n° _____,	telefono _____

in qualità di familiare/tutore

del Sig./Sig.ra _____	codice fiscale _____
nato/a a _____ (____)	il _____
residente a _____	CAP _____
indirizzo _____, n° _____,	telefono _____

fa domanda di contributo economico per l'assistenza ai malati in stato vegetativo e stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico

A tal fine, il sottoscritto _____

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000

1. Dati generali

a. che la persona in stato vegetativo e stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;

b1. l'impegno della famiglia a garantire le risorse umane necessarie ad assicurare adeguata assistenza a favore del proprio familiare in stato vegetativo e stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico presso il suo domicilio;

OPPURE

b2. che la famiglia:

- intende avvalersi, a titolo oneroso, di familiari o di uno o più assistenti familiari;
- ovvero

Allegato A

- sostiene gli oneri per l'assistenza alla persona in stato vegetativo e stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico sopra indicata da parte di familiari o di uno o più assistenti familiari come al successivo punto 2;
- c. l'impegno a presentare certificazione ISEE della persona in stato vegetativo e stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico i cui redditi siano riferiti all'ultima dichiarazione dei redditi presentata, soltanto nel caso in cui ricorrano le condizioni di cui al punto 4 dell'Avviso pubblico;
- d. di essere a conoscenza che la mancata presentazione della certificazione ISEE comporta l'esclusione dal beneficio;
- e. che la persona di riferimento è:

Signor/a _____ codice fiscale _____

 nato/a a _____ (____) il _____

 residente a _____ CAP _____
 indirizzo _____, n° _____, telefono _____

2. Dati relativi al familiare o all'assistente familiare

A. Familiare o Assistente familiare assunto/a dalla famiglia

1. Il familiare/L'assistente familiare _____, codice fiscale _____, iscritto/a all'INPS con matr. _____ il ____/____/____, categoria o qualifica _____, è stato/a assunto/a da un familiare con regolare contratto di lavoro per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona malata in stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico indicata in precedenza:
 - per n° _____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal ____/____/____

B. Familiare o Assistente familiare pagato/a per il tramite di enti terzi

1. Il familiare/L'assistente familiare _____, codice fiscale _____, regolarmente assunto/a dalla Ditta (ragione sociale) _____ codice fiscale _____, avente sede legale a _____ (____) in Via _____, iscritta al Registro Regionale _____ (cooperative sociali, ecc.) ovvero nel Registro C.C.I.A.A. nella posizione n° _____, per il quale il familiare del beneficiario sostiene il costo, come da dichiarazione allegata, per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona malata di SLA indicata in precedenza:
 - per n° _____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal ____/____/____

3. Modalità di riscossione

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità

chiede che la liquidazione del contributo economico venga effettuata con la seguente modalità:

- Assegno non trasferibile
- Accredito bancario, su istituto di credito

_____ IBAN _____

Intestato a

Richiedente	Beneficiario	Persona di riferimento
■	■	■

4. Comunicazione variazioni

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente al Servizio Sociale comunale, entro i 15 giorni dal verificarsi

Allegato A

dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona in stato vegetativo e stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico:

- a) l'ingresso in una struttura residenziale o sanitaria ed il relativo periodo di permanenza;
- b) il decesso;
- c) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;
- d) le variazioni contrattuali relative ai familiari o agli assistenti familiari (licenziamento, variazione orario, sostituzione della persona, ecc.)

In fede

Luogo, _____

Data ___/___/___

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

Allega:

- certificazione medica comprovante la diagnosi di stato vegetativo o in stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico rilasciata o, se già rilasciata da altra struttura sanitaria del territorio nazionale, validata dal Centro per le gravi cerebrolesioni dell'Azienda ospedaliera "S. Carlo" di Potenza o dall'U.O. ospedaliera di riabilitazione o dall'UVBR del Sistema Sanitario Regionale della Basilicata;
- copia del certificato di invalidità e accompagnamento (se presenti);
- autocertificazione dello stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di pubblicazione dell'Avviso;
- autocertificazione che attesti
 - l'assistenza diretta al proprio familiare;
- oppure
 - l'intenzione di avvalersi di familiari o uno o più assistenti familiari;
- dichiarazione relativa al rapporto contrattuale con familiari o uno o più assistenti familiari (se esistente);
- documento di identità valido del dichiarante;
- copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore, amministratore di sostegno.

Informativa relativa al trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR - Regolamento generale sulla protezione dei dati - e del codice della privacy italiano, come modificato dal d.lgs 101/2018, i dati personali forniti dai richiedenti saranno raccolti e trattati con o senza ausilio di mezzi elettronici, secondo quanto indicato nell'informativa dell'avviso stesso di cui il sottoscritto dichiara la presa visione ed accettazione.

In Fede

Data _____

Il Dichiarante

(firma leggibile)