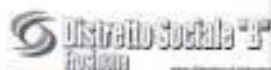


COMUNE di PASTENA

- 5 SET. 2016

ARRIVO PROT. N. 5567



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
FROSINONE



REGIONE
LAZIO

**Il Comune di Frosinone
in qualità di Capofila dell'Ambito Territoriale di Frosinone
costituito dai Distretti Socio-sanitari della Provincia di Frosinone
e dall'Azienda ASL di Frosinone**

per la realizzazione di "Azioni di sistema in favore dei malati di Alzheimer e loro familiari"

- VISTA la Legge n. 328 del 28 novembre 2000;
- VISTA la Legge Regionale n. 6 del 26 aprile 2012;
- VISTA la Legge Regionale n. 11 del 10 agosto 2016;
- VISTA la DGR n. 504 del 17 ottobre 2012;
- VISTA la Determinazione Dirigenziale regionale n. B08785 del 12 novembre 2012;
- VISTA la DGR n. 136 del 25 marzo 2014;
- VISTA la Determinazione Dirigenziale regionale n. G15750 del 7 novembre 2014;
- VISTA la Determinazione Dirigenziale regionale n. G19295 del 30 dicembre 2014;
- VISTA la Determinazione Dirigenziale regionale n. G00122 del 15 gennaio 2016;

AVVISA

che il Distretto Sociale B – Comune di Frosinone Capofila promuove

**"INTERVENTI IN FAVORE DI SOGGETTI AFFETTI DA ALZHEIMER"
Misura 3 / Sottomisura 3.3 Piano Sociale di Zona**

BENEFICIARI

Persone affette da malattia di Alzheimer-Perusini, residenti nei Comuni del Distretto Sociale B di Frosinone (Amaseno, Arnara, Boville Ernica, Castro dei Volsci, Ceccano, Ceprano, Falvaterra, Ferentino, Frosinone, Fumone, Giuliano di Roma, Morolo, Pastena, Patrica, Pofi, Ripi, San Giovanni Incarico, Strangolagalli, Supino, Torrice, Vallecorsa, Veroli e Villa Santo Stefano).

OBIETTIVI

Sostenere l'impegno delle famiglie nelle attività di cura e di assistenza, attraverso l'erogazione di prestazioni economiche in favore delle persone non autosufficienti affette da Alzheimer, con specifico riferimento ad interventi domiciliari gestiti in forma indiretta, attraverso l'adozione di Piani di Assistenza Individualizzati (PAI) redatti nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria, da adeguare in relazione all'evoluzione personale/familiare.

INTERVENTI

L'intervento prevede l'accesso ad un programma di aiuto alla persona di durata annuale, realizzato nella forma di **"assistenza domiciliare indiretta attraverso l'assunzione di assistenti familiari"**.

Nella gestione indiretta l'utente è libero di scegliere i propri assistenti personali, anche avvalendosi di organizzazioni di sua fiducia; in ogni caso è tenuto a regolarizzare il rapporto con i propri assistenti personali mediante un contratto di lavoro nel rispetto della normativa vigente. Resta a carico dell'utente ogni onere assicurativo e previdenziale riguardante gli operatori impegnati nelle attività assistenziali.

EROGAZIONE

L'intervento prevede l'erogazione di un contributo economico denominato "**assegno di cura**". L'assegno di cura è destinato all'assunzione di uno o più assistenti familiari (esterni alla rete familiare) adeguatamente formati per lo svolgimento di attività di aiuto e supporto alla persona.

L'assegno di cura:

- non può essere riconosciuto nei confronti di uno dei familiari, di cui all'art. 433 del C.C. in veste di *caregiver* nonché di conviventi;
- è incompatibile con il ricovero permanente residenziale in struttura sanitaria o socio-sanitaria;
- viene sospeso oltre la decorrenza di giorni 30 di ricovero in RSA, Hospice o servizi di sollievo, per essere ripristinato alla fine del ricovero stesso;
- viene sospeso in caso di trasferimento della residenza della persona beneficiaria in altra Regione.

Il contributo non potrà essere in alcun modo alternativo agli interventi sanitari domiciliari garantiti ai cittadini in base alle vigenti disposizioni normative ed è assolutamente integrativo rispetto agli interventi socio-sanitari già in atto e previsti nei PAI.

Il Comune di Frosinone, in qualità di Capofila del Distretto Sociale B, corrisponderà al beneficiario il contributo mensile spettante, con cadenza trimestrale; l'utente è tenuto a presentare, con pari cadenza, una rendicontazione delle spese sostenute per l'assunzione, opportunamente documentate e una dichiarazione attestante la permanenza nel proprio domicilio. In caso di ricovero che superi i 30 giorni, l'utente è tenuto a inoltrare idonea comunicazione all'Ufficio di Piano distrettuale. Allo stesso modo, in caso di decesso, chi cura gli interessi dell'utente dovrà tempestivamente informarne il suddetto Ufficio.

Gli interventi saranno realizzati sulla base di un Piano Assistenziale Individuale (PAI) previamente concordato tra i Servizi Sociali comunali, le UU.OO della ASL di Frosinone e i richiedenti, con verifica periodica dell'efficacia delle prestazioni.

CRITERI DI VALUTAZIONE E IMPORTI

Per l'accesso agli interventi previsti, l'accertamento della malattia di Alzheimer e del grado di stadiazione, deve essere certificata dai Centri Territoriali Esperti per Disturbi cognitivi e demenze (ex UVA) della ASL. Tale accertamento dovrà essere allegato alla richiesta di contributo e non dovrà essere antecedente al 2015.

Nel caso in cui il beneficiario, per lo stato avanzato della malattia, non sia più in carico presso le suddette strutture sanitarie, l'accertamento/certificazione della patologia potrà avvenire richiedendo specifica visita geriatrica ai Centri stessi o, nel caso in cui il malato non sia trasportabile, richiedendo al CAD distrettuale di riferimento una visita geriatrica domiciliare.

Ai fini dell'erogazione dell'assegno di cura, si procederà ad una valutazione sanitaria del richiedente e socio-economica del nucleo familiare, sulla base dei seguenti criteri generali: tipologia e gravità della demenza, età e condizione economica (ISEE).

Con riferimento al Fondo regionale disponibile per gli interventi di cui al presente Avviso Pubblico (Misura 3/Sottomisura 3.3 del Piano Sociale di Zona), si prevede un contributo mensile da erogare al singolo utente affetto da malattia di Alzheimer, secondo la fascia di reddito ISEE attestata ai sensi della normativa vigente, come di seguito riportato:

| Contributi mensili per fasce di reddito ISEE | |
|--|----------|
| Da € 0,00 a € 10.000,00 | € 500,00 |
| Da € 10.000,01 a € 14.000,00 | € 450,00 |
| Da € 14.000,01 a 22.000,00 | € 400,00 |
| € 22.000,01 e oltre | € 200,00 |
| Per chi fruisce di altre forme di assistenza domiciliare in forma indiretta, ivi compreso HCP 2014 | € 100,00 |

I beneficiari dell'intervento saranno individuati all'interno della graduatoria predisposta sulla base dei criteri sopra indicati; saranno ammessi a fruire dell'assegno di cura quanti utilmente collocati nella stessa, nel rispetto della capienza del fondo disponibile.

Nel caso in cui si liberassero posti utili in graduatoria si procederà con lo scorrimento della stessa; in questo caso i nuovi beneficiari, riceveranno l'assegno di cura per il periodo residuo fino alla scadenza dell'annualità prevista e comunque per un periodo non inferiore sei mesi.

TERMINI E MODALITA' DI ACCESSO

I richiedenti dovranno presentare istanza di accesso all'assegno di cura utilizzando **apposito modulo**, corredato dagli allegati richiesti, reperibile *on line* sul sito web: www.distrettosocialefrosinone.it e in forma cartacea presso il Servizio Sociale del Comune di residenza e l'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone, nelle giornate di apertura al pubblico previste.

Le domande dovranno essere presentate e protocollate al Comune di residenza **a decorrere dal 05.09.2016 ed entro il giorno 31/10/2016.**

DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE

Gli interessati in possesso dei requisiti richiesti, a pena di esclusione, dovranno presentare istanza di accesso al contributo debitamente compilata in ogni sua parte, sottoscritta dal richiedente e corredata da:

1. certificazione sanitaria che documenti la diagnosi di Alzheimer e il livello di gravità/stadiazione, non antecedente all'anno 2015, rilasciata dai competenti Centri Territoriali Esperti per Disturbi cognitivi e demenze della ASL (ex UVA) o dal CAD distrettuale;
2. autocertificazione della situazione familiare con l'indicazione dei componenti (resa attraverso il modulo prestampato allegato al modello di istanza);
3. attestazione ISEE in corso di validità e di regolarità, ai sensi del DPCM n. 159/2013, per prestazioni agevolate di natura socio sanitaria (art. 6 del DPCM n. 159/2013);
4. documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo (se diverso dal beneficiario);
5. documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo.

La domanda, resa ai sensi del DPR n. 445/2000, potrà essere soggetta a verifiche e controlli da parte della Guardia di Finanza e, in caso di dichiarazioni false o mendaci, i sottoscrittori saranno denunciati all'Autorità Giudiziaria.

Il singolo Comune provvederà, entro il termine del **11/11/2016** a trasmettere all'Ufficio di Piano del Distretto B le istanze pervenute.

Le domande protocollate, istruite e documentate, saranno esaminate da idonea Commissione di valutazione, che si esprimerà in ordine alla loro accoglibilità e predisporrà la relativa graduatoria.

INFORMAZIONI

Il Responsabile del procedimento è l'Avv. Antonio Loreto, Dirigente del Settore Servizi Sociali del Comune di Frosinone, Capofila dell'Ambito di Frosinone.

Per informazioni e chiarimenti è possibile rivolgersi a:

- Uffici Servizi Sociali dei Comuni del Distretto Sociale B di residenza;
- Ufficio di Piano Distretto Sociale B - Comune di Frosinone, tel. 0775 265452/453/455 e-mail: segreteria@distrettosocialefrosinone.it

Frosinone, 5 settembre 2016

Il Presidente del Distretto Sociale B di Frosinone
Dr. Carlo Gagliardi



Al Comune di _____

All'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone

**“Interventi in favore di soggetti affetti da Alzheimer”
 Misura 3/Sottomisura 3.3 Piano Sociale di Zona
 MODELLO DI ISTANZA PER L'ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA**

DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/La sottoscritto/a (*cognome*) _____ (*nome*) _____
 nato/a a _____ prov. _____ il _____
 residente nel Comune di _____ prov. _____
 Via/Piazza _____ n. _____
 C.A.P. _____ tel. _____
 domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di _____ prov. _____
 Via/Piazza _____ n. _____
 C.A.P. _____ tel. _____
 Codice fiscale _____

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/La sottoscritto/a (*cognome*) _____ (*nome*) _____
 nato/a a _____ prov. _____ il _____
 residente nel Comune di _____ prov. _____
 Via/Piazza _____ n. _____
 C.A.P. _____ tel. _____
 domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di _____ prov. _____
 Via/Piazza _____ n. _____
 C.A.P. _____ tel. _____
 Codice fiscale _____

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

in qualità di:

- familiare
 tutore (Decreto Tribunale di _____ n. _____)
 amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di _____ n. _____)
 altro (specificare: _____)

in favore di: (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

Codice fiscale

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

CHIEDE

- l'ammissione al seguente contributo economico destinato ai malati di Alzheimer, di cui alla Det. Dir. regionale n. G00122/2016: "assegno di cura per assistenza domiciliare indiretta da realizzare tramite assunzione di assistenti familiari";

- di erogare il contributo con le seguenti modalità:

diretto al Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice Fiscale

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

con accredito sul Conto Corrente

Bancario

Postale

(Codice IBAN 27 caratteri)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

c/o Banca/Ufficio Postale _____ Sede/Agenzia _____

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76 D.P.R. n.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.P.R. dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

Dichiara altresì:

- che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione al Distretto Sociale B di Frosinone in caso di ricovero presso qualsiasi istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 30 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario;

- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a produrre con cadenza trimestrale idonea dichiarazione al Distretto Sociale B di Frosinone, che attesti la permanenza presso il proprio domicilio.

Luogo e data _____

Firma

ALLEGA

[] Certificazione attestante la diagnosi di Alzheimer/demenza assimilabile e la relativa gravità/stadiazione rilasciata da: _____ in data _____

[] Attestazione ISEE in corso di validità e di regolarità;

[] Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo;

[] Copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo;

[] Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario (*Allegato n.1* al Modello di istanza);

[] Altro (*specificare*) _____

CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

INFORMATIVA PRIVACY

Informato, ai sensi dell'art.13 D. Lgs. 196/2003, 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; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D. Lgs. 196/2003, 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 all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone.

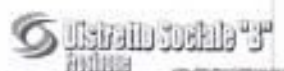
Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è il Comune di Frosinone, Capofila del Distretto Sociale B di Frosinone, nella persona del Responsabile del procedimento. Incaricato del trattamento dei dati è il personale dell'Ufficio di Piano.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste dagli "Interventi in favore di soggetti affetti da Alzheimer"- Misura 3 / Sottomisura 3.3 PSdZ della Regione Lazio, ai sensi della DGR n. 504/2012 e della Det. Dir. n. G00122/2016.

Luogo e data _____

Firma



Allegato n. 1 al Modello di istanza per assegno di cura Alzheimer
Distretto Sociale B di Frosinone

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
Codice fiscale _____

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

in qualità di:

- beneficiario dell'istanza per assegno di cura Alzheimer
 richiedente per conto di:

(cognome) _____ (nome) _____
nato a _____ prov. _____ il _____
Codice fiscale _____

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.P.R. n.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.P.R.

DICHIARA

che lo stato di famiglia del sig. / della sig.ra _____
residente in Via/Piazza _____ n. _____
Comune _____ CAP _____
è il seguente:

| Cognome e nome | Luogo di nascita | Data di nascita | Rapporto di parentela |
|----------------|------------------|-----------------|-----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Luogo e data _____

Firma
