

COMUNE di PASTENA	
28 SET. 2016	
ARRIVO .....	PROT. 614

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
FROSINONE

**Il Comune di Frosinone  
in qualità di Capofila del Distretto Sociale "B" di Frosinone  
per l'attuazione degli "Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima"**

- VISTA la Legge n. 328 del 28 novembre 2000;
- VISTA la Legge Regionale n. 11 del 10 agosto 2016;
- VISTE la Legge n. 104 del 5 febbraio 1992 e la Legge n. 162 del 21 maggio 1998;
- VISTA la Legge Regionale n. 20/2006, concernente "Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza";
- VISTO il Decreto Ministeriale 20 marzo 2013 concernente il Fondo per le non autosufficienze anno 2013;
- VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 239 dell'01/08/2013;
- VISTA la Determinazione Dirigenziale n. G11355 del 05/08/2014;
- VISTA la Determinazione Dirigenziale n. G19295 del 30/12/2014;
- VISTA la Determinazione Dirigenziale n. G15714 del 14/12/2015;

**RENDE NOTA**

l'apertura di un Avviso pubblico, ai sensi della Determinazione Dirigenziale regionale n. G15714 del 14 dicembre 2015, recante "Aggiornamento delle Linee guida operative agli ambiti territoriali per l'attuazione, componente sociale, di prestazioni assistenziali integrate e complesse in favore delle persone non autosufficienti con disabilità gravissima di cui alla Determinazione n. G11355/2014".

**DESTINATARI**

Possono presentare istanza di accesso agli interventi previsti, i cittadini residenti nei 23 Comuni del Distretto Sociale "B" di Frosinone (Amaseno, Amara, 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) in stato di "**disabilità gravissima**", vale a dire persone in condizione di dipendenza vitale, che necessitano a domicilio di assistenza continua e monitoraggio di carattere socio-sanitario nelle 24 ore, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona per garantirne l'integrità psico-fisica.

La persona con disabilità gravissima è la persona che, presentando un deficit grave e completo, dipende in tutto o in parte da un accudente per vedere assistere:

- le funzioni "vitali": respirazione, nutrizione, evacuazione/minzione;
- le funzioni "primarie" intese come capacità di accudire se stesso: mobilitazione, alzarsi, vestirsi, lavarsi, muoversi nello spazio circostante, alimentarsi e comunicare con gli altri;
- la vita di relazione, intesa come cura e capacità di gestione dell'ambiente di vita, vita sociale, capacità di stabilire relazioni con l'ambiente circostante e le persone.

Il dato sanitario, legato all'accertamento della patologia, coniugato con il grado di dipendenza dall'accudente e l'intensità del bisogno di cura (in ragione della compromissione delle singole funzioni e nel loro complesso) costituisce elemento rilevante per la determinazione della condizione di disabilità gravissima.

A titolo esemplificativo si individuano i possibili destinatari degli interventi previsti dal presente Avviso:

- persone affette da malattie del motoneurone (esclusa SLA) e da malattie neurodegenerative (con esclusione dell'Alzheimer, tranne che nell'ultima fase di evoluzione della patologia);
- persone in stato vegetativo che consegue a coma indotto da gravi cerebro lesioni acquisite, cioè ad eventi di natura traumatica, vascolare, anossica o infettiva o comunque da noxae acquisite;
- persone con altre patologie che comportano comunque la dipendenza vitale e la necessità di assistenza continua (ad es. Corea di Huntington, forme gravi di distrofia e miopatia, sclerosi multipla, Locked in, etc.).

### INTERVENTI

Il presente Avviso Pubblico è finalizzato al sostegno e alla valorizzazione della domiciliarità e prevede l'erogazione di un contributo economico denominato "assegno di cura", di durata annuale.

L'assegno di cura dovrà essere finalizzato a realizzare un intervento di assistenza domiciliare indiretta, tramite assunzione con regolare contratto di un operatore formato.

L'assegno di cura:

- non è cumulativo con altri interventi di natura socio-assistenziale, sempre di carattere domiciliare, già attivi in favore del cittadino;
- 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;
- è comprensivo di ogni prestazione di natura socio-assistenziale domiciliare a carico della Regione;
- viene sospeso oltre la decorrenza di giorni 15 di ricovero;
- viene sospeso in caso di trasferimento della residenza della persona beneficiaria in altra Regione.

Il Comune di Frosinone, in qualità di Capofila del Distretto Sociale B di Frosinone, 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 15 giorni, l'utente è tenuto a inoltrare idonea comunicazione all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B.

Gli interventi saranno attivati 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

Per l'accesso agli interventi previsti, l'accertamento della patologia determinante dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza/gravità in ragione della natura, della complessità e del grado di compromissione funzionale/respiratoria/motoria/comportamentale in atto, devono aver luogo ed essere certificati da una struttura sanitaria pubblica. Tale accertamento dovrà essere allegato alla richiesta di contributo.

Ai fini dell'erogazione dell'assegno di cura, si procederà ad una valutazione sanitaria e socio-economica del richiedente e del nucleo familiare, sulla base dei seguenti criteri generali:

a)	Condizione familiare, situazione socio-relazionale del nucleo familiare del disabile
b)	Condizioni socio-ambientali e ambiente di vita
c)	Condizione economica (ISEE)
d)	Situazione sanitaria

I beneficiari dell'intervento saranno individuati all'interno della graduatoria distrettuale predisposta sulla base dei criteri sopra indicati; saranno ammessi a fruire dell'assegno di cura quanti utilmente collocati nella graduatoria 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 a sei mesi.

## **IMPORTI**

Ai sensi della Determinazione Dirigenziale regionale n. G15714 del 14.12.2015, ai beneficiari ammessi verrà riconosciuto un assegno di cura mensile di € 700,00 (settecento/00), per la durata di un anno.

## **TERMINI E MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**

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](http://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 26.09.2016 ed entro il giorno 04.11.2016.**

## **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:

- Certificazione sanitaria rilasciata da una struttura sanitaria pubblica attestante la patologia determinante dipendenza vitale e il grado di non autosufficienza/gravità, in ragione della natura, della complessità e del grado di compromissione funzionale/respiratoria/motoria/comportamentale in atto;
- Verbale di riconoscimento dell'invalidità civile al 100% e dell'indennità di accompagnamento;
- Certificazione ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/1992;
- 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);
- 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).

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 **18.11.2016** 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**

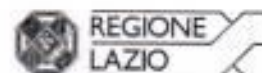
Il Responsabile del procedimento è l'Avv. Antonio Loreto, Dirigente del Settore Servizi Sociali del Comune di Frosinone, Capofila del Distretto Sociale B di Frosinone.

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](mailto:segreteria@distrettosocialefrosinone.it)

Frosinone, 26 settembre 2016

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



Al Comune di \_\_\_\_\_

Alla c.a. dell'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B

**Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima  
(DGR n. 239/2013 e del 17 ottobre 2012 e Det. Dir. n. G15714/2015)  
MODELLO DI ISTANZA PER 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'assegnazione del seguente contributo economico destinato alle persone affette da disabilità gravissima, di cui alla DGR Lazio n. 239/2013 e alla Det. Dir. n. G15714/2015: "assegno di cura per assistenza domiciliare indiretta da realizzare tramite assunzione di operatore formato";

- di erogare il contributo con le seguenti modalità:

diretto al Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

tramite 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 15 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 del richiedente

\_\_\_\_\_

#### ALLEGA

- Certificazione sanitaria rilasciata da una struttura sanitaria pubblica attestante la patologia determinante dipendenza vitale e il grado di non autosufficienza/gravità;
- Verbale di riconoscimento dell'invalidità civile al 100% e dell'indennità di accompagnamento;
- Certificazione ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/1992;
- 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 persone affette da disabilità gravissima" della Regione Lazio, ai sensi della DGR n. 239/2013 e della Det. Dir. n. G15714/2015.

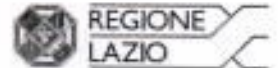
Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_



SISTEMA SANITARIO REGIONALE  
ASL  
FROSINONE



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

**AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA**

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

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

in qualità di:

- beneficiario dell'istanza per assegno di cura disabilità gravissima;  
 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 \_\_\_\_\_