

COMUNE DI CIVITAQUANA

PIANO LOCALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA - ANNUALITA' 2017

AVVISO

(APPROVATO CON DETERMINAZIONE DEL DIRIGENTE SETTORE II N. DEL)

ASSEGNO IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA, DI CUI ALL'ART. 3 D.M. 26/09/2016, IVI INCLUSI QUELLI A SOSTEGNO DELLE PERSONE AFFETTE DA S.L.A. E DELLE PERSONE CON STATO DI DEMENZA MOLTO GRAVE, TRA CUI QUELLE AFFETTE DAL MORBO DI ALZHEIMER

1.1 - La programmazione del F.N.N.A. annualità 2017 prevede la realizzazione di attività in favore di persone in condizione di disabilità gravissima, di cui all'art. 3 del D.M. del 26/09/2016, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da S.L.A. e delle persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal Morbo di Alzheimer.

1.2 - Tale attività si concretizza mediante l'erogazione di un Assegno, fino alla concorrenza del budget disponibile, in favore di persone in condizione di disabilità gravissima, di cui all'art. 3 D.M. 26/09/2016, che dovrà essere certificata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) di competenza.

1.3 - L'intervento è subordinato alla disponibilità del nucleo familiare ad assicurare la permanenza della persona in condizione di disabilità gravissima nel proprio domicilio ed è finalizzato a rendere la permanenza della persona in condizione di dipendenza vitale in famiglia meno onerosa e più soddisfacente anche sotto il profilo delle relazioni affettive intra-familiari e delle relazioni sociali e ad evitare i ricoveri impropri.

1.4 - L'art. 3, comma 2, del D.M. 26/09/2016 recita:

“Versano in condizione di disabilità gravissima le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013, e per le quali sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:

- a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10 ;*
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);*
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 ;*
- d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;*
- e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;*
- f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;*
- g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;*
- h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 8 ;*
- i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.”*

1.5 - Il presente Avviso è rivolto alle persone residenti nel Comune di Civitaquana

1.6 - Il Modello di richiesta, approvato con Determina del Responsabile del servizio n. 12/2018, è

disponibile presso il Servizio di Segretariato Sociale del Comune o sul sito www.comune.civitaquana.pe.it.

L'istanza deve pervenire al protocollo generale dell'Ente, **entro le ore 14.00 del 10.09.2018** mediante:

- **Raccomandata con ricevuta di ritorno all'indirizzo:** Comune di Civitaquana -, Piazza Umberto I - 65010 (PE);
- **invio PEC all'indirizzo:** protocollo@pec.comune.civitaquana.pe.it;
- **consegna a mano presso l'Ufficio Protocollo del Comune:** dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8.30 alle ore 13.30.

1.7 - Le richieste pervenute verranno inviate all'Unità di Valutazione Multidimensionale della ASL di competenza territoriale per la valutazione di competenza.

1.8 - L'Assegno in favore di persone in condizione di disabilità gravissima, di cui all'art. 3 D.M. 26/09/2016, è incompatibile con:

1. l'Assegno di cura,
2. l'Perogazione del contributo previsto dalla L.R. n. 57/2012,
3. l'Assegno per persone affette da S.L.A.

1.9 - L'Assegno in favore di persone affette da S.L.A., è incompatibile con:

1. l'Assegno di cura,
2. l'Perogazione del contributo previsto dalla L.R. n. 57/2012,
3. l'Assegno per persone con disabilità gravissima.

1.10 - Le persone che hanno già percepito l'Assegno Disabilità Gravissima o l'Assegno per persone affette da SLA con l'annualità 2016 del FNNA continueranno a ricevere l'Assegno per l'annualità 2017 del FNNA solo presentando nuova istanza e sottoscrivendo un nuovo Accordo di Fiducia.

1.11 - L'importo dell'assegno verrà determinato dividendo il budget complessivo a disposizione per il numero degli ammessi al beneficio

1.12 - Il Comune di Civitaquana tratterà i dati personali conferiti da cittadini e utenti dei servizi in parola con modalità prevalentemente informatiche e telematiche, per le finalità previste dalla normativa vigente in materia di servizi comunali alla persona (che costituisce dunque la base giuridica del trattamento), in particolare per l'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico previsti dalla suddetta normativa, o comunque connessi all'esercizio dei medesimi, ivi incluse le finalità di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici.

Data la natura dei servizi in questione, oltre a dati di tipo identificativo, per il conseguimento delle finalità evidenziate, in alcuni di essi saranno necessariamente oggetto di trattamento anche dati di tipo patrimoniale e, in alcuni casi anche categorie particolari di dati personali, di cui agli articoli 9 e 10 del Regolamento (definiti come dati sensibili e dati giudiziari nella previgente normativa europea). I dati saranno trattati esclusivamente dal personale e da collaboratori del Comune o delle imprese espressamente nominate come responsabili del trattamento.

IL SERVIZIO DI SEGRETARIATO SOCIALE DEL COMUNE E' A DISPOSIZIONE PER OGNI EVENTUALE INFORMAZIONE NEI GIORNI DI LUNEDI' DALLE ORE 8.30 ALLE 14.00, GIOVEDI' DALLE 8.00 ALLE 10.00, IL VENERDI DALLE ORE 8.00 ALLE 11.00.

Civitaquana, 23/8/2018

**Il Responsabile del Servizio
f.to Dr. Di Lorenzo Piergiorgio**

Allegati:

-
- Modello di richiesta

Allegato B det. n. 12/2018

Al Comune di Civitaquana
Piazza Umberto I
65010 Civitaquana (PE)

Richiesta Assegno di cura in favore di persone in condizione di disabilità gravissima, di cui all'art. 3 D.M. 26/09/2016, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da S.L.A. e delle persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal Morbo di Alzheimer, P.L.N.A. 2017, approvato con Determina Dirigenziale n. 12/2018.

DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____

residente a _____ prov. _____ Via/Piazza _____

n° _____ tel. _____ fax _____

email _____

Codice fiscale _____ Medico di Medicina Generale

CHIEDE

il beneficio dell'Assegno in favore di persone in condizione di disabilità gravissima, di cui all'art. 3 D.M. del 26/09/2016;

il beneficio dell'Assegno per persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica.

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____

residente a _____ Prov. _____ via/piazza _____

n° _____ tel. _____

email _____

in qualità di:

familiare;

tutore;

amministratore di sostegno;

altro (specificare)

CHIEDE

il beneficio dell'Assegno in favore di persone in condizione di disabilità gravissima, di cui all'art. 3 D.M. del 26/09/2016;

il beneficio dell'Assegno per persone affette da S.L.A.

a favore di: Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____ a _____

residente a _____ Prov. _____ Via/Piazza _____

n° _____ tel. _____ email _____

Codice fiscale _____

Medico di Medicina Generale: _____

A tal fine dichiara di essere:

- a) 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.
- b) Di non trovarsi in una delle condizioni di incompatibilità di cui ai punti 1.8 e/o 1.9 dell'Avviso.
- c) Il Trattamento dei dati personali degli utenti verrà effettuato, in conformità con il Regolamento generale sulla protezione dei dati personali e con la coerente normativa nazionale vigente, a cura del Comune di Civitaquana; esso verrà effettuato esclusivamente per le finalità previste dalla normativa vigente in materia di servizi comunali alla persona. Il conferimento dei dati è obbligatorio per accedere al servizio e l'eventuale rifiuto al trattamento comporterà il venir meno della possibilità di beneficiarne. In ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento e del Responsabile esterno indicato, contattando rispettivamente il Responsabile della Protezione dati del Comune, all'indirizzo email rpd@comune.Civitaquana.pe.it.
Prima di sottoscrivere il presente modulo voglia prendere visione dell'informativa completa sul trattamento che, per quanto concerne il titolare è reperibile sul sito web del Comune di Civitaquana, all'indirizzo www.comune.Civitaquana.pe.it.
In relazione a quanto sopra il sottoscritto dichiara di aver preso visione e conoscenza delle richiamate informative relative al trattamento dei dati personali.

Dichiara, inoltre, di aver già usufruito dell'Assegno di cura per la Disabilità Gravissima o persone affette da SLA, di cui al F.N.N.A. annualità 2016:

SI

NO

Si allega alla presente domanda:

- certificazione di diagnosi definitiva di Sclerosi Laterale Amiotrofica,**
 certificazione di diagnosi definitiva di Morbo di Alzheimer,
 certificato di Invalidità Civile, in corso di validità,
 certificato Legge 104/92, in corso di validità,
 fotocopia documento identità in corso di validità del diretto interessato,
 copia del verbale di concessione dell'indennità di accompagnamento rilasciato dall'Inps
 altra documentazione ritenuta utile ai fini della valutazione _____

CHIEDE CHE

eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / Piazza _____

Comune _____ Prov _____ CAP _____

Tel _____ email _____

Luogo e Data _____ / _____ / _____

Firma _____