



Da PEC COMUNE RAPOELLA

comune.atella.ag@pec.it, sindaco.comunebarile@pec.it, protocollo@pec.comunemelfi.it,  
comune.pescopagano@cert.ruparbasilicata.it, anagrafe.comune.rapone@pec.it,  
A resp.amministrativo.ripcandida@pec.it, patrimonio.comune.rionero@cert.ruparbasilicata.it,  
demografici.ruvodelmonte@cert.ruparbasilicata.it, comune.sanfele@cert.ruparbasilicata.it

Data martedì 12 novembre 2013 - 10:03

**trasmissione avviso pubblico**

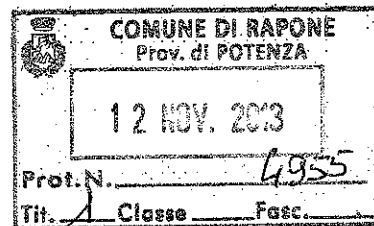
---

In allegato si trasmette avviso pubblico per richiesta di contributo economico per l'assistenza ai malati in stato vegetativo, con preghiera di pubblicizzare nel proprio sito istituzionale.

Distinti saluti.

Il Responsabile

Roberto Ferrente



**COMUNE DI RAPOLLA**  
**CAPOFILA DELL'AMBITO SOCIALE DI ZONA VULTURE**

**AVVISO PUBBLICO**

**IL DIRIGENTE**

rende noto

che, ai sensi e per gli effetti della L.R. n. 7 del 16 aprile 2013, art. 17 e della 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 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 quello denominato "Assegno di Cura" di cui alla D.C.R. n. 588 del 28/09/2009 sia che quest'ultimo venga percepito dalla persona non autosufficiente che da un suo familiare che l'assiste;
- con quello destinato alle persone malate di SLA o ai loro familiari (D.G.R. n. 256/2013).

Il contributo economico sarà erogato mensilmente per 12 mesi, compatibilmente con le risorse disponibili, 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 prevista dalla D.G.R. n. 1016 del 09/08/2013, saranno collocate in lista di attesa in ordine di arrivo temporale.

#### **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 al Comune di attuale residenza della persona in stato vegetativo o in stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico. Farà fede il timbro a data del Comune di residenza accettante.

Al momento della consegna, il Comune rilascerà al richiedente, quale ricevuta, una delle tre copie della domanda su cui sarà apposto data e timbro di accettazione.

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 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 DELLE DOMANDE AMMISSIBILI**

Il Comune di residenza della persona in stato vegetativo o in stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico, ricevute le domande, le invia entro 10 giorni, complete di allegati, trattenendone copia, al Comune Capofila dell'Ambito Sociale di Zona di appartenenza che ne verifica l'ammissibilità e da comunicazione dell'esito ai Comuni interessati facenti parte dell'Ambito Zonale entro 25 giorni dalla data di presentazione della domanda.

#### **7. PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO**

Il Servizio Sociale del Comune di residenza dei singoli beneficiari, entro 15 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.

La mancata sottoscrizione del PAI entro i termini prescritti comporterà la sospensione dell'erogazione del contributo economico. L'erogazione del contributo economico sarà riattivato dal mese successivo all'avvenuta firma. La firma del PAI non dà luogo al riconoscimento di arretrati.

## 8. PRESA IN CARICO

Dopo la comunicazione dell'esito della domanda ai Comuni interessati facenti parte dell'Ambito Zonale 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.

I richiedenti le cui domande sono state ammesse da ciascun Comune Capofila e il cui nominativo non risulterà attivo nel sistema informativo del Programma entro il decimo giorno del mese successivo alla redazione del PAI, riceveranno una comunicazione dalla Regione Basilicata per essere invitati a prendere contatto con il Comune 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.

Al solo fine del monitoraggio delle risorse complessive necessarie per la gestione della misura e delle eventualità di cui al precedente punto 4, quando i singoli elenchi di Ambito diventano definitivi, verrà generato un elenco unico regionale dei beneficiari, attraverso il sistema informativo del programma.

Il diritto dei beneficiari al contributo economico decorre dal mese successivo a quello di redazione del PAI.

Le variazioni all'elenco dei beneficiari dovranno essere registrate nel sistema informativo del programma entro il giorno 10 di ogni mese. Le variazioni intervenute o registrate 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.

Ad ogni variazione dell'elenco di Ambito verrà aggiornato l'elenco unico regionale.

## **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 stesso.

Il diritto al contributo cessa con l'inserimento definitivo 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 30 giorni al Comune di residenza.

## **11. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai fini di cui all'art. 18 del D.lgs. 30 giugno 2003 n° 196, si informa che l'Amministrazione Comunale e le Aziende Sanitarie Locali si impegnano a rispettare il carattere riservato delle informazioni fornite nelle istanze per l'accesso ai benefici. Tutti i dati acquisiti saranno trattati, anche con procedure informatiche, solo per le finalità connesse e strumentali al presente Avviso.

Rapolla, li 12/11/2013

Il responsabile l'area  
Roberto FERRENTE

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

## *Modulo 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 facente parte del nucleo anagrafico

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

- 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;

**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 di SLA 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
- Accreditamento bancario, su istituto di credito \_\_\_\_\_

cod. IBAN \_\_\_\_\_

## 3. Collaborazione per l'aggiornamento

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunale comunicando tempestivamente, entro 30 giorni dal verificarsi 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 affetta da SLA:

- a) l'ingresso in una struttura residenziale a titolo definitivo;
- b) i periodi di ricovero temporaneo in struttura residenziale;
- c) il decesso;
- d) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;
- e) 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)

- Annotazione estremi documento di identità \_\_\_\_\_
- Allegata copia del documento di identità \_\_\_\_\_

**IL FUNZIONARIO**

\_\_\_\_\_  
(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 approvazione della D.G.R. n. 1016 del 09/08/2013;
  - 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.

**Informativa Privacy**

In osservanza delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali si informa la S.V. che i dati personali e anagrafici forniti formano oggetto di trattamento da parte della Regione Basilicata, del Comune di residenza, del Comune Capofila dell'Ambito Sociale di Zona e della Azienda U.S.L. cui fa capo il Comune.

I dati trattati attengono all'identificazione del richiedente il contributo economico per l'assistenza ai malati di SLA, della persona malata di SLA per la quale viene richiesto tale beneficio, i dati sanitari e sociali necessari a valutare il bisogno di cura e la misura con cui tale bisogno viene soddisfatto dalla famiglia e/o dalla rete sociale attivata dal Servizio Sociale del Comune, i dati relativi alla situazione economica della famiglia (ISEE) ove ricorrano le condizioni di cui al punto 4 dell'Avviso Pubblico, nonché quelli indispensabili a consentire il corretto svolgimento del rapporto professionale e di fiducia con gli Uffici preposti all'attuazione e al controllo del progetto assistenziale.

Il conferimento dei dati personali richiesti è obbligatorio per adempiere alle finalità sopra elencate. Il diniego al trattamento dei dati potrà operare solo per i periodi per i quali non è stato erogato il contributo e comporterà automaticamente la cessazione della valutazione ai fini dell'erogazione del contributo.

Dopo aver preso visione dell'informativa di cui sopra, autorizzo al trattamento dei dati contenuti nella domanda per il contributo economico per l'assistenza ai malati di SLA, nonché dei dati socio/sanitari rilevati dagli Enti preposti a tale adempimento e delle successive variazioni che mi impegno a comunicare nel termine di trenta giorni.

In Fede

Data \_\_\_\_\_

**Il Dichiarante**

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)