



CITTA' DI MATERA

SETTORE: SETTORE SERVIZI ALLA PERSONA FAMIGLIA CITTADINO

DETERMINAZIONE DSG N° 00716/2021 del 31/03/2021

N° DetSet 00175/2021 del 31/03/2021

Dirigente: GIULIA MANCINO

OGGETTO: Approvazione Avviso pubblico per la concessione di contributo economico per l'assistenza ai malati di SLA.

ATTESTAZIONE REGOLARITA' AMMINISTRATIVA (art. 147-bis D.Lgs n. 267/2000)

Il Dirigente GIULIA MANCINO, con la sottoscrizione del presente provvedimento in ordine alla determinazione di cui all'oggetto, attesta la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa, ai sensi dell'art. 147-bis del D.Lgs n. 267/2000.

N.B. Il relativo documento informatico originale è firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs n. 82/2005

ATTESTAZIONE DI CONFORMITA'

Il Sottoscritto

in qualità di

attesta che la presente copia cartacea della Determinazione Dirigenziale n° DSG 00716/2021, composta da n° fogli, è conforme al documento informatico originale firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs N° 82/2005.

MATERA, li _____

Firma e Timbro dell'Ufficio

N.B. Da compilare a cura del Soggetto Autorizzato.

Premesso:

Che la legge regionale 14.2.2007, n.4 "Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza solidale" prevede, nell'ambito dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, interventi a sostegno della vita autonoma e della permanenza nel domicilio delle persone non autosufficienti;

Che nell'anno 2013, con deliberazione di G.R. n. 256 del 12/03/2013 è stato approvato il programma attuativo regionale delle risorse del Fondo Nazionale per la non autosufficienza annualità 2011 concernente la realizzazione di interventi in tema di sclerosi laterale amiotrofica;

Che con determinazione dirigenziale regionale n.72AJ.2013/D.00361 del 26/07/2013, sono stati approvati lo schema dell'avviso pubblico e delle domande, relativi all'intervento di cui trattasi che prevede, tra l'altro, due tipologie di assegni, tipo "A" e tipo "B";

Che il Comune di Matera in esecuzione della predetta determinazione dirigenziale regionale n.72AJ.2013/D.00361 del 26/07/2013 provvedeva all'approvazione del suddetto schema di avviso pubblico e degli schemi di domanda tipo "A" e tipo "B" per la richiesta dei contributi per l'assistenza ai malati di SLA;

Vista la Delibera di Giunta Regionale n. 952 del 22.12.2020 con la quale l'Ente Regione ha stabilito che:

- i Comuni Capofila dei nuovi Ambiti Socio-Territoriali emanino, entro e non oltre il 31 marzo 2021, nuovi avvisi pubblici relativamente alle misure di cui alla D.C.R. n. 588 del 28.09.2009 (Assegno di Cura) e alle DD.G.R. n. 256 del 12/03/2013 (SLA) e n. 1016 del 09/08/2013 (Stato Vegetativo), dando priorità alle misure dirette ad un maggior numero di beneficiari;

- l'individuazione dei nuovi beneficiari da parte dei Comuni Capofila degli Ambiti Socio-Territoriali dovrà avvenire definitivamente entro e non oltre il 30 giugno 2021 con conseguente avvio del pagamento dei relativi contributi da parte degli stessi Ambiti a partire dal mese di luglio 2021;

Dato atto che con determinazione dirigenziale regionale-Dipartimento Politiche della Persona n. 13A2.2021/D.00081 del 12.03.2021 sono stati riapprovati, con le modificazioni stabilite dalla D.G.R. n. 202100141 del 03/03/2021, gli schemi di Avviso Pubblico e di domanda, allegati 1, "A" e "B", per la concessione di contributi economici per l'assistenza ai malati di SLA di cui alla determinazione dirigenziale regionale n. 72AJ.2013/D 00361 del 26/07/2013, da emanare entro il 31.03.2021 prevedendo altresì un periodo per la presentazione della domanda di 30 giorni dalla pubblicazione dell'Avviso stesso;

Dato atto che possono accedere al suddetto beneficio le persone malate di SLA e le famiglie, residenti in Basilicata, che assicurano ai propri familiari non autosufficienti la necessaria assistenza a domicilio;

Dato atto che la persona malata di SLA deve essere:

- in possesso della certificazione medica comprovante la diagnosi di Sclerosi Laterale Amiotrofica e lo stato di fragilità/compromissione dell'autonomia personale;

- siano già inserite nel percorso assistenziale per malattie neuromuscolari di cui alla DGR n. 463 del 24 aprile 2012;

Dato atto che la Regione Basilicata con deliberazione di Giunta Regionale n. 202100048 del 04/02/2021 ha ripartito, tra l'altro, le risorse necessarie per l'avvio delle misure di cui alle DD.G.R. n. 256 del 12/03/2013 (SLA) e n. 1016 del 09/08/2013 (stato vegetativo) stabilendo per l'Ambito territoriale città di Matera un importo complessivo pari ad € 100.423,55;

Dato atto che questo Servizio Politiche Sociali, al fine di individuare i beneficiari del contributo in parola, ha predisposto l'Avviso Pubblico (Allegato 1), comprensivo degli schemi di domanda (Allegato "A") e (Allegato "B"), che qui si allegano, quale parte integrante e sostanziale della presente determinazione;

Ritenuto, pertanto, di avviare la procedura per l'individuazione dei beneficiari della misura "contributi economici per l'assistenza ai malati di SLA", pubblicando detto Avviso Pubblico all'Albo Pretorio comunale e sul sito internet del Comune di Matera all'indirizzo www.comune.mt.it nella Sezione "Avvisi" della homepage;

Tutto ciò premesso, si propone al Sig. Dirigente l'assunzione del relativo provvedimento di approvazione.

La sottoscritta Responsabile di P.O. dichiara l'insussistenza del conflitto d'interessi, allo stato attuale, ai sensi dell'art. 6 bis della Legge n. 241/90, in relazione al presente procedimento e della Misura M03 del Piano triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

IL DIRIGENTE DEL SETTORE

Letta e richiamata integralmente la su estesa relazione del Responsabile di P.O.;

Visti gli artt. 107 e 109 del T.U.E.L. approvato con il D.Lgs n. 267 del 18.08.2000;

Visto lo Statuto comunale;

Visto l'art. 17 del D.Lgs n.165/01;

DETERMINA

1. Richiamare la suestesa relazione, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente dispositivo;
2. Dare atto che la Delibera di Giunta Regionale n. 952 del 22.12.2020 ha stabilito che i Comuni Capofila dei nuovi Ambiti Socio-Territoriali emanino, entro e non oltre il 31 marzo 2021, nuovi avvisi pubblici relativamente alle misure di cui alla D.C.R. n. 588 del 28.09.2009 (Assegno di Cura) e alle DD.G.R. n. 256 del 12/03/2013 (SLA) e n. 1016 del 09/08/2013 (Stato Vegetativo), dando priorità alle misure dirette ad un maggior numero di beneficiari, individuando i nuovi beneficiari entro e non oltre il 30 giugno 2021 con conseguente avvio del pagamento dei relativi contributi da parte degli stessi Ambiti a partire dal mese di luglio 2021;
3. Approvare l'Avviso Pubblico di cui all'oggetto (Allegato 1) comprensivo degli schemi di domanda (Allegato "A") e (Allegato "B"), che qui si allega, quale parte integrante e sostanziale della presente determinazione, per la concessione del contributo "Assistenza Malati di SLA" di cui alla determinazione dirigenziale regionale-Dipartimento Politiche della Persona n. 13A2.2021/D.00081 del 12.03.2021 con le modificazioni stabilite dalla D.G.R. n. 202100141 del 03/03/2021;
4. Dare atto che per l'implementazione della misura di cui alle DD.G.R. n. 256 del 12/03/2013 (SLA) e n. 1016 del 09/08/2013 (Stato Vegetativo), saranno utilizzate risorse per l'importo di € 100.423,55, assegnate dalla Regione Basilicata all'Ambito territoriale città di Matera con deliberazione di Giunta Regionale n. 202100048 del 04.02.2021;
5. Disporre la pubblicazione dell'Avviso Pubblico all'Albo Pretorio on-line comunale e sul sito internet istituzionale del Comune di Matera, all'indirizzo www.comune.mt.it nella Sezione "Avvisi" della homepage, prevedendo un periodo per la presentazione della domanda di n. 30 giorni dalla data di avvio della pubblicazione dell'avviso.

Il sottoscritto dirigente dichiara l'insussistenza, allo stato attuale, del conflitto di interessi, ai sensi dell'art. 6 bis della L. n. 241/1990 in relazione al presente procedimento e delle Misure M03 del Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

IL DIRIGENTE

Dott.ssa Giulia MANCINO

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del T.U. 445/2000 e del D.Lgs 82/2005 e rispettive norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa; il documento informatico è memorizzato digitalmente ed è rintracciabile sul sito istituzionale per il periodo della pubblicazione.

CONTRIBUTO ECONOMICO PER L'ASSISTENZA AI MALATI DI SLA - TIPO "A"

(supporto alla famiglia che presta direttamente assistenza al proprio familiare malato di SLA)

NB: La domanda va compilata esclusivamente online e presentata in modalità elettronica attraverso la procedura informatica presente sul portale regionale <https://sla.regione.basilicata.it>

Schema di domanda

Al Sig. Sindaco del Comune di _____	prot. n° _____
	del _____
<small>(Riservato all'Ufficio)</small>	

Il sottoscritto/a _____ codice fiscale _____
 nato/a a _____ (_____) il _____
 residente a _____ CAP _____
 indirizzo _____, n° _____, telefono _____
 in qualità di _____ *(titolare, familiare/tutore/curatore/amministratore di sostegno)*

fa domanda di contributo economico per l'assistenza ai malati di SLA - tipo "A"

(la parte sottostante è da compilare soltanto nel caso in cui il richiedente è persona diversa dal titolare)

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

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 interessata, 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;
- b.** l'impegno della famiglia a garantire le risorse umane necessarie ad assicurare adeguata assistenza a favore del proprio familiare malato di SLA presso il suo domicilio;
- c.** l'impegno a presentare certificazione ISEE della persona malata di SLA 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 _____

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 _____
 IBAN _____

Intestato a

Richiede nte	Beneficiario	Persona di riferimento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Comunicazione variazioni

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente al Servizio Sociale comunale, entro i 15 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 o sanitaria ed il relativo periodo di permanenza;
- b) il decesso;
- c) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio.

In fede

Luogo, _____

Data ____/____/____

IL DICHIARANTE

 (firma leggibile)

Allega:

- certificazione medica comprovante la diagnosi di Sclerosi Laterale Amiotrofica e lo stato di fragilità/compromissione dell'autonomia personale;
- copia del certificato di invalidità e accompagnamento (se presenti)
- attestazione di inserimento nel percorso assistenziale per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012, rilasciata dal Centro di Riferimento Hub oppure Spoke di cui alla medesima D.G.R.;
- 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 (Contributo di tipo A);
- 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)

CONTRIBUTO ECONOMICO PER L'ASSISTENZA AI MALATI DI SLA - TIPO "B"

(supporto alla famiglia che intende avvalersi a titolo oneroso di familiari o assistenti familiari)

NB: La domanda va compilata esclusivamente online e presentata in modalità elettronica attraverso la procedura informatica presente sul portale regionale <https://sla.regione.basilicata.it>

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 _____ *(titolare, familiare/tutore/curatore/amministratore di sostegno)*

fa domanda di contributo economico per l'assistenza ai malati di SLA - tipo "B"

(la parte sottostante è da compilare soltanto nel caso in cui il richiedente è persona diversa dal titolare)

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

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 interessata, 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;
- b.** 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 malata di SLA 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 malata di SLA 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 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:

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 _____
IBAN _____

Intestato a

Richiede nte	Beneficiario	Persona di riferimento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Comunicazione variazioni

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente al Servizio Sociale comunale, entro i 15 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 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 Sclerosi Laterale Amiotrofica e lo stato di fragilità/compromissione dell'autonomia personale;
- copia del certificato di invalidità e accompagnamento (se presenti)
- attestazione di inserimento nel percorso assistenziale per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012, rilasciata dal Centro di Riferimento Hub oppure Spoke di cui alla medesima D.G.R.;
- autocertificazione dello stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di pubblicazione dell'Avviso;
- autocertificazione che attesti l'intenzione di avvalersi di familiari o uno o più assistenti familiari (Contributo di tipo B);
- dichiarazione relativa al rapporto contrattuale con familiari o uno o più assistenti familiari;
- 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)



COMUNE DI MATERA
SETTORE SERVIZI ALLA PERSONA, ALLA FAMIGLIA, AL CITTADINO
SERVIZIO POLITICHE SOCIALI

AVVISO PUBBLICO

IL DIRIGENTE
rende noto

che, ai sensi e per gli effetti della Deliberazione della Giunta Regionale n. 256 del 12/03/2013, i cittadini interessati possono fare richiesta di concessione di

CONTRIBUTO ECONOMICO PER L'ASSISTENZA AI MALATI DI SLA

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 affetta da SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica), evitando il ricorso precoce o incongruo al ricovero in strutture residenziali e favorendo il mantenimento della persona malata di SLA nel proprio ambiente di vita e di relazioni sociali.

Il contributo economico viene concesso per interventi:

- rivolti alla famiglia che presta direttamente assistenza al proprio familiare malato di SLA (Contributo di tipo A);
- rivolti alla persona malata di SLA o alla sua famiglia che si avvale, a titolo oneroso, di familiari o di assistenti familiari, nell'ottica della conciliazione tra lavoro, impegno e attività di cura e realizzazione della vita personale (Contributo di tipo B).

2. REQUISITI SOGGETTIVI DEI RICHIEDENTI

Possono accedere ai benefici previsti dalla D.G.R. n. 256 del 12/03/2013 le persone malate di SLA che:

- siano residenti in Basilicata da almeno 6 mesi;
- siano in possesso della certificazione medica comprovante la diagnosi di Sclerosi Laterale Amiotrofica e lo stato di fragilità/compromissione dell'autonomia personale;
- siano già inserite nel percorso assistenziale per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012.

È, inoltre, destinataria dei contributi economici la famiglia che assicura

al proprio familiare malato di SLA con le caratteristiche sopra descritte la necessaria assistenza al domicilio, sia direttamente che attraverso l'impiego a titolo oneroso di assistenti familiari.

Per essere destinatari del contributo economico di tipo A, i familiari devono essere in rapporto di effettiva convivenza con la persona affetta da SLA, ovvero garantire una presenza a casa della stessa in relazione alle sue necessità.

La persona malata di SLA è comunque identificata quale destinatario finale del contributo oggetto del presente avviso.

3. ENTITÀ DEL CONTRIBUTO

L'entità del contributo economico è stabilita in base a due variabili:

- la stadiazione della malattia;
- il ricorso o meno ad un aiuto a titolo oneroso.

STADIO	CONTRIBUTO MENSILE IN PRESENZA DI RICORSO AD UN AIUTO A TITOLO ONEROSO
A	€ 500,00
B	€ 1.200,00
C	€ 2.300,00
D	€ 3.000,00

STADIO	CONTRIBUTO MENSILE IN ASSENZA DI RICORSO AD UN AIUTO A TITOLO ONEROSO
A	€ 250,00
B	€ 600,00
C	€ 1.150,00
D	€ 2.000,00

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 in Stato vegetativo di cui alla D.G.R. n. 1016/2013, 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 di Matera attraverso assegno circolare non trasferibile ovvero accredito su conto corrente bancario.

Il livello di stadiazione deve essere certificato dal Centro di Riferimento Regionale per le malattie neuromuscolari Hub o Spoke di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012.

4. RICHIESTE DI CONTRIBUTO ECCEDENTI I FINANZIAMENTI DISPONIBILI

Nel caso in cui le richieste di contributo eccedessero la disponibilità finanziaria assegnata al Comune di Matera, avranno priorità le persone malate di SLA con una stadiazione più alta. Nel caso di parità di stadiazione, avranno priorità le persone malate di SLA con un ISEE più basso. Le richieste eccedenti saranno collocate in lista di attesa, stilata secondo i medesimi criteri. Allo scopo di far fronte all'eventualità di cui al presente punto, alla domanda va allegata l'attestazione ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria (art. 6 del DPCM 159/2013) o ISEE Minorenni relativa all'anno di presentazione della domanda.

5. MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Il richiedente deve compilare esclusivamente per via elettronica la domanda di contributo economico, il cui facsimile è quello di cui agli allegati A e B del presente Avviso, servendosi dell'apposito modello di domanda informatico disponibile sul portale regionale <http://sla.regione.basilicata.it> o rivolgendosi al Servizio Politiche Sociali del Comune di Matera.

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

Le tre copie stampate e firmate dal solo richiedente, corredate dalla documentazione richiesta, devono essere consegnate a mano presso l'Ufficio Informazioni del Comune di Matera, oppure tramite PEC-Posta Elettronica Certificata all'indirizzo comune.matera@cert.ruparbasilicata.it, entro n. 30 giorni dalla pubblicazione del presente avviso, che continuerà a rimanere valido anche dopo tale data per la durata del programma. 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 L'ASSISTENZA A DOMICILIO DELLE PERSONE MALATE DI SLA" 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.

Il richiedente può presentare domanda per una sola delle tipologie di contributo.

Alla domanda va allegata la seguente documentazione:

- certificazione medica comprovante la diagnosi di Sclerosi Laterale Amiotrofica e lo stato di fragilità/compromissione dell'autonomia personale;
- attestazione di inserimento nel percorso assistenziale per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012, rilasciata dal Centro di Riferimento Hub o Spoke di cui alla medesima D.G.R.;
- autocertificazione, ai sensi del DPR 445/2000, dello stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di pubblicazione del presente avviso;
- autocertificazione, ai sensi del DPR 445/2000, che attesti l'assistenza diretta al proprio familiare (Contributo di tipo A) o l'intenzione di avvalersi, a titolo oneroso, di uno o più assistenti familiari o familiari (Contributo di tipo B);
- 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 e richieda il contributo di tipo B);

- attestazione ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria (art.6 D.P.C.M. n. 159 (2013) o ISEE Minorenni relativa all'anno di presentazione della domanda.

6. DEFINIZIONE DELL'ELENCO DEI BENEFICIARI

In base alle risorse disponibili, ad ogni Comune è assegnato un numero massimo di beneficiari. Il Comune, verificata l'ammissibilità entro 5 giorni di tutte le domande pervenute nei termini di scadenza di cui al punto precedente, stila ed approva l'elenco comunale dei beneficiari comprensivo dell'eventuale lista di attesa.

7. PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO

Il Servizio Sociale del Comune di Matera, entro 10 giorni dalla pubblicazione dell'elenco provvisorio, contatta consultivamente il Centro Spoke per la SLA-Coordinamento Cure Domiciliari e Palliative territorialmente competente, di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012, per procedere alla stesura del Piano di Assistenza Individualizzato con le modalità descritte al successivo punto 8 sulla base di quello già predisposto dal Centro di Riferimento.

Nel PAI deve essere presente la certificazione del livello di stadiazione rilasciata dal Centro di Riferimento Regionale Hub o Spoke per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012.

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 altro beneficiario.

8. PRESA IN CARICO

Sulla base dell'elenco provvisorio dei beneficiari di cui al precedente punto 6 il Servizio sociale comunale 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.

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 comunale.

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 9.

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;
- il livello di stadiazione certificato dal Centro di Riferimento Regionale Hub oppure Spoke per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012;
- 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;
- i bisogni formativi e/o di addestramento dei caregivers.

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, nonché in considerazione dell’eventuale variazione del livello di stadiazione certificato dal Centro di Riferimento Regionale per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012.

Ad ogni aggiornamento del PAI da parte del Servizio Sociale del Comune di residenza del beneficiario, sarà possibile modificare la tipologia di contributo da “A” a “B”.

Mensilmente per le domande di tipo “B” il referente comunale potrà comunicare che per una determinata mensilità il beneficiario non è in grado di produrre la documentazione comprovante l’ausilio di un sostegno a titolo oneroso e pertanto riceverà il contributo di importo pari alla domanda di tipo “A” per lo stesso livello di stadiazione.

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 e i richiedenti, previa verifica di ammissibilità, saranno aggiunti all’elenco dei beneficiari nel rispetto dei criteri di cui al precedente punto 4.

Le variazioni apportate successivamente saranno considerate dal mese successivo.

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)

IL DIRIGENTE
D.ssa Giulia MANCINO

