



**AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE N. 13
MARRUCINO**

ECAD Comune di Guardiagrele

*Comuni di Bucchianico, Casacanditella, Fara Filiorum Petri, Filetto, Guardiagrele, Orsogna,
Pennapiedimonte, Pretoro, Rapino, Roccamontepiano, San Martino sulla Marrucina*

Allegato 1

FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA - ANNUALITA' 2019

AVVISO

(Approvato con Determina dell'Ufficio di Piano n. 1228 Reg. Gen. del 13.10.2020)

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 IN TALE CONDIZIONE

Premesso che:

- con D.P.C.M. del 21.11.2019, registrato alla Corte dei Conti con il n. 25 il 14.01.2020, sono state ripartite ed assegnate le somme alle Regioni riguardo il Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza – annualità 2019;
- il medesimo D.P.C.M. del 27/11/2017, art. 2 dispone che le Regioni siano impegnate ad utilizzare le risorse assegnate, prioritariamente e comunque in maniera esclusiva per una quota non inferiore al 50%, per interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima di cui all'art. 3 del Decreto Ministeriale del 26/09/2016, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica e delle persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal Morbo di Alzheimer in tale condizione;
- con Determinazione Dirigenziale della Regione Abruzzo n. DPF014/94 del 4 settembre 2020 si è provveduto al riparto, impegno, liquidazione e pagamento del 50% delle risorse statali agli Ambiti sociali distrettuali per l'annualità 2019;
- si è in attesa che la Regione Abruzzo approvi l'atto di indirizzo applicativo del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza - annualità 2019 e il ripartito agli Ambiti Distrettuali Sociali, in conformità ai criteri utilizzati dal Ministero, delle somme assegnate alla regione per l'annualità 2019.

1. Intervento

1.1 - La programmazione del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza annualità 2019, COME DA PIANO NAZIONALE 2019-2021, (indicato in seguito con la sigla FNNA), prevede la realizzazione di diversi interventi tra cui:

- Assegno 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 - L'utente interessato al suddetto intervento dovrà presentare domanda su apposito modello allegato al presente avviso.

Le richieste pervenute relative all'annualità 2019 del FNNA verranno inviate all'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) per la certificazione di competenza e per poter procedere con l'assegnazione.



**AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE N. 13
MARRUCINO**

ECAD Comune di Guardiagrele

*Comuni di Bucchianico, Casacanditella, Fara Filiorum Petri, Filetto, Guardiagrele, Orsogna,
Pennapiedimonte, Pretoro, Rapino, Roccamontepiano, San Martino sulla Marrucina*

1.3 - Il presente Avviso è rivolto alle persone residenti nei Comuni ricompresi nell'Ambito Sociale Distrettuale n. 13 "Marrucino" e nello specifico: BUCCHIANICO, CASACANDITELLA, FARA F.P., FILETTO, GUARDIAGRELE, ORSOGNA, PENNAPIEDIMONTE, PRETORO, RAPINO, ROCCAMONTEPIANO, SAN MARTINO SULLA MARRUCINA.

2. Assegno in favore di persone in condizione di disabilità gravissima.

2.1 - L'intervento si concretizza mediante l'erogazione di un 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, che dovrà essere certificata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) di competenza.

2.2 - 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.

2.3 - Le richieste, a seguito di valutazione positiva dell'UVM, saranno ammesse al contributo, il cui importo verrà determinato, nei limiti del budget disponibile, in base a quanto specificato nel punto 5. del presente avviso.

2.4 - 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;*



**AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE N. 13
MARRUCINO**

ECAD Comune di Guardiagrele

Comuni di Bucchianico, Casacanditella, Fara Filiorum Petri, Filetto, Guardiagrele, Orsogna, Pennapiedimonte, Pretoro, Rapino, Roccamontepiano, San Martino sulla Marrucina

- 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."

2.5 - 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'erogazione del contributo previsto dalla L.R. n. 57/2012,
- 2. l'assegno per persone affette da S.L.A.,
- 3. altre prestazioni economiche di carattere nazionale e regionale aventi le medesime finalità (es. il sostegno economico al care giver per l'assistenza a minori in età pediatrica affetti da malattie rare)

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

- 1. l'Assegno in favore di persone in condizione di disabilità gravissima,
- 2. l'erogazione del contributo previsto dalla L.R. n. 57/2012,
- 3. altre prestazioni economiche di carattere nazionale e regionale aventi le medesime finalità (es. il sostegno economico al care giver per l'assistenza a minori in età pediatrica affetti da malattie rare).

3. Modalità presentazione delle domande

3.1 – Le richieste vanno presentate mediante apposito modello di domanda, approvato con Determina dell'Ufficio di Piano n. 1228 del 13.10.2020 e disponibile presso il Servizio di Segretariato Sociale del Comune di residenza o sul sito www.comune.guardiagrele.ch.it.

3.2 - L'istanza deve pervenire al protocollo generale dell'ECAD, entro il 13.11.2020 mediante:

- **Raccomandata con ricevuta di ritorno all'indirizzo:** Comune di Guardiagrele - Piazza San Francesco n.12 – 66016 GUARDIAGRELE (CH);
- **invio PEC all'indirizzo:** comune.guardiagrele@pec.it;
- **consegna a mano presso l'Ufficio Protocollo del Comune di residenza** il quale provvederà alla protocollazione e successiva consegna all'Ufficio di Piano del Comune di Guardiagrele.

4. Iter di valutazione e assegnazione del beneficio

4.1 - L'esame delle proposte prevede più fasi:

A) Verifica dell'ammissibilità formale

La verifica dell'ammissibilità formale verrà effettuata attraverso istruttoria dell'ufficio competente. Le richieste saranno ritenute ammissibili se:

- presentate utilizzando l'apposito modello di domanda allegato al presente avviso,
- presentate da utenti in possesso del requisito di residenza;
- pervenute entro la data di scadenza e secondo le modalità indicate nel presente avviso;
- corredate di tutta la documentazione necessaria richiesta.

B) Verifica da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale



**AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE N. 13
MARRUCINO**

ECAD Comune di Guardiagrele

Comuni di Bucchianico, Casacanditella, Fara Filiorum Petri, Filetto, Guardiagrele, Orsogna, Pennapiedimonte, Pretoro, Rapino, Roccamontepiano, San Martino sulla Marrucina

Le richieste con positiva verifica formale verranno inviate all'Unità di Valutazione Multidimensionale della ASL di competenza territoriale per la certificazione necessaria.

L'UVM, per la certificazione, utilizzerà, fermo restando le scale per la valutazione già approvate dalla Regione Abruzzo con Decreto del Commissario ad Acta n. 107/2013, le scale di valutazione di cui al comma 2 lettere a), c), d), e) ed h) illustrate nell'allegato 1 del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26.09.2016. Per l'individuazione delle altre persone in condizione di dipendenza vitale, di cui al comma 2, lettera i), si utilizzano i criteri di cui all'allegato 2 del citato Decreto del 26.09.2016.

C) Predisposizione graduatoria degli aventi diritto con relativo importo

A seguito della certificazione prodotta dall'UVM verrà stilato un elenco degli ammessi al beneficio e calcolato l'importo dell'assegno in base alla graduatoria stilata come specificato nel successivo punto 5.

D) Sottoscrizione Accordo di fiducia e/o dichiarazione resa ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000

L'assegnazione deve essere formalizzata attraverso apposito "Accordo di fiducia", il cui schema viene allegato al presente avviso, sottoscritto dal beneficiario del contributo o dalla persona che ne tutela gli interessi e dal Responsabile dell'Ufficio di Piano o suo delegato.

E) Liquidazione assegno

L'assegno spettante verrà liquidato in unica soluzione previo accredito del finanziamento assegnato da parte della Regione Abruzzo.

5. Graduatoria e modalità di calcolo del beneficio

5.1 – Per tutti gli utenti certificati positivamente dall'UVM verrà garantito l'accesso al beneficio che verrà graduato in base ad una valutazione socio – reddituale con assegnazione di un punteggio determinato in relazione a ciascuna delle aree definite nel punto successivo.

5.2 – Criteri di valutazione.

A) Composizione del nucleo familiare e rete di supporto

- Stato di famiglia con unico componente **punti 20**
- Presenza di un solo care giver nel proprio stato di famiglia **punti 10**
- Presenza di più soggetti maggiorenni, oltre al care giver, nel proprio stato di famiglia **punti 8**

B) Tipologia del carico di cura

- Presenza nel nucleo familiare per ogni altra persona convivente con invalidità civile al 100% e/o disabilità ai sensi della Legge 104 art. 3 comma 3 che non usufruisce dell'assegno di cura **punti 10**
- Presenza nel nucleo familiare per ogni altra persona convivente con invalidità civile superiore al 74% e/o con Legge 104 art. 3 comma 1 **punti 5**

C) Situazione economica / reddituale da ISEE ordinario

- da € 0 a € 8.000 **punti 10**
- da € 8.001 a € 14.000 **punti 9**
- da € 14.001 a € 18.000 **punti 8**





**AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE N. 13
MARRUCINO**

ECAD Comune di Guardiagrele

Comuni di Bucchianico, Casacanditella, Fara Filiorum Petri, Filetto, Guardiagrele, Orsogna, Pennapiedimonte, Pretoro, Rapino, Roccamontepiano, San Martino sulla Marrucina

- da € 18.001 a € 21.000	punti 7
- da € 21.001 a € 36.000	punti 6
- da € 36.001	punti 5

5.3 – Il calcolo del beneficio spettante avverrà mediante l'individuazione di una quota capitaria che verrà moltiplicato per il rispettivo punteggio assegnato a seguito della valutazione socio – reddituale.

La quota capitaria sarà determinata dividendo il budget complessivo a disposizione dell'intervento per la sommatoria dei punteggi ottenuti dagli aventi diritto.

5.4 - Per le SLA verrà garantito l'assegno per 12 mensilità in base all'intensità assistenziale come da DGR n.742 del 12.11.2012.

6. RUP – Trattamento dati personali

7.1 – Il Responsabile del Procedimento per il presente Avviso è la dott.ssa Marcella Gianni.

In ordine alla presente procedura è possibile ottenere chiarimenti mediante:

- la formulazione di quesiti da inoltrare, in tempo utile, al RUP, dott.ssa Marcella Gianni al seguente indirizzo di posta elettronica: ecad13@comune.guardiagrele.ch.it;
- presso il Servizio di Segretariato Sociale del Comune di residenza nei giorni e orari di apertura.

7.2 - Il Comune di Guardiagrele 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 cui elenco, con i relativi dati di contatto, è reso disponibile nel sito web del Comune. Al di fuori di queste ipotesi i dati potranno essere comunicati a terzi e diffusi, nei soli casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea.

IL SERVIZIO DI SEGRETARIATO SOCIALE DEL COMUNE DI RESIDENZA E' A DISPOSIZIONE PER OGNI EVENTUALE INFORMAZIONE NEI GIORNI E ORARI DI APERTURA AL PUBBLICO.

Guardiagrele, 15.10.2020

**Il Responsabile dell'Ufficio di Piano
Dott. Antonio Amorosi**



Allegati:

- Modello di domanda,
- Accordo di fiducia.

P.zza San Francesco, n. 1- 66016
URL: www.comune.guardiagrele.ch.it
comune.guardiagrele@pec.it
ecad13@comune.guardiagrele.ch.it

☎ 087180861 centralino
☎ 08718086240 fax
☎ 0871/8086216 Ufficio di Piano

Allegato 2

Ambito Distrettuale Sociale n. _____

Ente Capofila di Ambito Distrettuale: _____

Distretto Sanitario di Base: _____

Servizio competente: _____

**MODULO RICHIESTA INTERVENTO
A VALERE SUL FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA 2019**

All'ENTE CAPOFILA DI AMBITO DISTRETTUALE N° _____

UFFICIO DI PIANO

via: _____, n° _____

Cap _____ Comune _____

DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a..... nato/a a Prov. (.....)

il...../...../...../....., nazionalità: italiana unione europea extracomunitaria

residente a Prov. (.....)

Via/Piazza n°

Tel.: E-mail

Codice Fiscale: | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Medico di medicina Generale: Tel.:

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a nato/a a Il...../...../.....

Residente a (.....) Via/Piazza

Tel..... E-mail

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Familiare Tutore, Amministratore di sostegno, Altro (specificare).....

Del Sig./Sig.ra..... nato/a Il...../...../...../

Residente a (.....) Via/Piazza/C.da

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Recapito telefonico

Medico di medicina Generale: Tel.:

C H I E D E

(barrare richiesta):

- ASSEGNO IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA S.L.A.

- 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

A TAL FINE DICHIARA:

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76 D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.

Composizione del Nucleo Familiare

Cognome e nome	Data di nascita	Grado di parentela	Situazione occupazionale (*)

(*): Studente; Lavoratore/trice a tempo indeterminato; Lavoratore/trice a tempo determinato; Pensionato/a sociale; Pensionato/a; Disoccupato; Altro: _____

Attuale situazione abitativa del candidato al progetto

da solo in famiglia in Comunità altro: _____

Nell'annualità di riferimento ha usufruito dei seguenti servizi:

Tipologia Servizi	Erogatore	h. settimanali	contributo (mensile)
<input type="checkbox"/> Servizio assistenza Domiciliare - SAD			
<input type="checkbox"/> Assistenza Infermieristica Domiciliare			
<input type="checkbox"/> Servizio di Aiuto alla Persona			
<input type="checkbox"/> Trasporto			
<input type="checkbox"/> Buoni Servizio			
<input type="checkbox"/> Centro Diurno / Laboratorio			
<input type="checkbox"/> Inserimento Lavorativo / Formativo			
<input type="checkbox"/> Servizio Socio Assistenziale Scolastico e/o Socio Educativo Scolastico e/o Extra Scolastico			
<input type="checkbox"/> Altro:			

Assistenza svolta dai familiari e/o altra figura (assistente/care giver)

AREE DEI BISOGNI

AREA AUTONOMIA PERSONALE

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ALZARSI DAL LETTO | <input type="checkbox"/> USO DEL WC | <input type="checkbox"/> LAVARSI IL VISO |
| <input type="checkbox"/> LAVARSI LE MANI | <input type="checkbox"/> LAVARSI I CAPELLI E PETTINARSI | <input type="checkbox"/> IGIENE INTIMA |
| <input type="checkbox"/> FARE IL BAGNO O DOCCIA | <input type="checkbox"/> VESTIRSI O SPOGLIARSI | <input type="checkbox"/> ASSISTENZA NOTTURNA |
| <input type="checkbox"/> SEMPLICI INTERVENTI SANITARI | <input type="checkbox"/> GESTIONE CATETERE | <input type="checkbox"/> GESTIONE DEGLI AUSILI |
| <input type="checkbox"/> CORICARSI | <input type="checkbox"/> MANGIARE, BERE | <input type="checkbox"/> ALTRO: _____ |

AREA AUTONOMIA DOMESTICA

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> PULIRE LA CASA | <input type="checkbox"/> PREPARARE I PASTI | <input type="checkbox"/> FARE LA SPESA |
| <input type="checkbox"/> GESTIRE LA PRESENZA DI OSPITI | <input type="checkbox"/> ALTRO: _____ | |

AREA AUTONOMIA SOCIO-LAVORATIVA

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> SPOSTARSI IN CARROZZINA FUORI DALL'ABITAZIONE | <input type="checkbox"/> GUIDA DEL MEZZO A DISPOSIZIONE |
| <input type="checkbox"/> UTILIZZO DEI MEZZI PUBBLICI ACCESSIBILI | <input type="checkbox"/> PARTECIPAZIONE ATTIVITA' CULTURALI |
| <input type="checkbox"/> ATTIVITA' RELATIVA AL TEMPO LIBERO | <input type="checkbox"/> DISBRIGO DI PRATICHE BUROCRATICHE |
| <input type="checkbox"/> ASSISTENZA SUL POSTO DI LAVORO | <input type="checkbox"/> ASSISTENZA SCOLASTICA O UNIVERSITARIA |
| <input type="checkbox"/> ATTIVITA' DI TEMPO LIBERO | <input type="checkbox"/> ATTIVITA' CULTURALI |
| <input type="checkbox"/> VIAGGI | <input type="checkbox"/> ACCOMPAGNAMENTO FUORI CASA |

Il/la sottoscritto/a informato/a 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 e che gli stessi 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 segreteria del Comune di residenza:

- ❖ Si impegna a comunicare all'Ufficio sociale del Comune l'eventuale ricovero del diretto interessato
- ❖ **Allega alla presente domanda:**
 - Indicatore della Situazione Economica Equivalente Ordinario (ISEE);
 - Certificazione ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92
 - Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del richiedente.
- ❖ Dichiara, in caso di ammissione al finanziamento, di non cumulare il beneficio mensile concesso con altre forme di contribuzione economica regionale e nazionale concessa per la medesima tipologia e finalità per la non autosufficienza con la riserva di optare per un solo beneficio.

Modalità di pagamento

BANCA: _____ Agenzia: _____

Conto Corrente n°: _____ intestato a: _____

Codice IBAN: _____

Conto Corrente Postale n°: _____ intestato a: _____

Consenso al trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a _____ ai sensi del D. Lgs. 20/06/2003 n. 196 e del Regolamento UE 2016/679, autorizza il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente per l'assolvimento degli obblighi previsti e dai regolamenti comunali in materia.

Firma _____

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro, ai sensi dell'art. 76 DPR 445/200 in caso di dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.; informato, ai sensi dell'art. 13 D. Lgs 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, propedeutici 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 predetto 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 sottoscritto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Segreteria dell'Ente di Ambito Sociale Distrettuale e al Punto Unico di Accesso del Distretto Sanitario.

Firma _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO:

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi del Regolamento UE 2016/697 e ai sensi degli artt. 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 di cui alla presente istanza.

Data /_____/_____/_____/

Firma _____



CITTA' DI GUARDIAGRELE

Provincia di Chieti

ORIGINALE

DETERMINAZIONE UFFICIO DI PIANO

N.1228 REG. GENERALE DEL 13-10-20

N.181 REG. RESPONSABILE DEL 13-10-20

Oggetto: ADS N. 13 MARRUCINO: FONDO NAZIONALE NON AUTOSUFFICIENZA 2019 - APPROVAZIONE AVVISO PUBBLICO PER L'ASSEGNO IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' 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 DA MORBO DI ALZHEIMER.

IL SOTTOSCRITTO RESPONSABILE DEL SERVIZIO

PREMESSO CHE:

- con D.P.C.M. del 21.11.2019, registrato alla Corte dei Conti con il n. 25 il 14.01.2020, sono state ripartite ed assegnate le somme alle Regioni riguardo il Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza – annualità 2019;
- il medesimo D.P.C.M. del 27/11/2017, art. 2 dispone che le Regioni siano impegnate ad utilizzare le risorse assegnate, prioritariamente e comunque in maniera esclusiva per una quota non inferiore al 50%, per interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima di cui all'art. 3 del Decreto Ministeriale del 26/09/2016, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica e delle persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal Morbo di Alzheimer in tale condizione;
- si è in attesa che la Regione Abruzzo approvi l'atto di indirizzo applicativo del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza - annualità 2019;
- con Determinazione Dirigenziale della Regione Abruzzo n. DPF014/94 del 4 settembre 2020 si è provveduto al riparto, impegno, liquidazione e pagamento del 50% delle risorse statali agli Ambiti sociali distrettuali per l'annualità 2019;

PREMESSO, altresì, che verranno utilizzati gli stessi criteri di valutazione socio - economici per la predisposizione di una graduatoria degli aventi diritto utile alla graduazione dell'entità dell'assegno approvati dalla Conferenza dei Sindaci per l'annualità 2018 del Fondo in parola;

VISTO il Piano Sociale Distrettuale dell'Ambito Distrettuale Sociale n. 13 "Marrucino" che prevede nella programmazione dell'Asse Tematico 2, specifica per il FNNA, l'erogazione di 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. (Sclerosi Laterale Amiotrofica) e delle persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer;

RITENUTO necessario procedere con l'approvazione dello schema di:

- **Avviso pubblico**, che si allega alla presente per formarne parte integrante e sostanziale, "Allegato 1";
- **Modello di Richiesta del beneficio**, che si allega alla presente per formarne parte integrante e sostanziale, "Allegato 2";
- **Schema di Accordo di fiducia**, che si allega alla presente per formarne parte integrante e sostanziale, "Allegato 3".

RAVVISATO di stabilire che:

- la scadenza per la presentazione delle domande al 13.11.2020;
- che le domande pervenute verranno inoltrate alla competente U.V.M. per la certificazione di competenza;
- per tutti gli utenti certificati positivamente dall'UVM verrà garantito l'accesso al beneficio che verrà graduato in base ad una valutazione socio - reddituale con assegnazione di un punteggio determinato in relazione alle aree approvate dalla Conferenza dei Sindaci per l'annualità 2018 del Fondo;

- il calcolo del beneficio spettante avverrà mediante l'individuazione di una quota capitaria che verrà moltiplicato per il rispettivo punteggio assegnato a seguito della valutazione socio – reddituale. La quota capitaria verrà determinata dividendo il budget complessivo a disposizione dell'intervento per la sommatoria dei punteggi ottenuti dagli aventi diritto.

DATO ATTO CHE:

- con deliberazione C.C. n. 73 del 30.12.2019 è stato approvato il bilancio di previsione finanziario pluriennale 2020/2022 ai sensi del D.Lgs. 247/2000 art 151;
- con deliberazione della C.C. n. 17 del 06.08.2020 è stato approvato l'assestamento generale di bilancio e salvaguardia degli equilibri esercizio 2020 ai sensi degli artt. 175 c. 8 e 193 del D. Lgs. n. 267/2000;

VISTO il Decreto sindacale n. 10 del 23.09.2020 con il quale il sottoscritto Amorosi Antonino è stato confermato quale Responsabile del Settore I Affari generali e Finanziari;

VISTO:

- il D. Lgs. 267/2000;
- gli atti regionali;

per quanto sopra esposto

DETERMINA

1. **di approvare** la premessa quale parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. **di approvare** apposito schema di:
 - Avviso pubblico *“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”*, che si allega alla presente per formarne parte integrante e sostanziale, *“Allegato 1”*;
 - Modello di domanda, che si allega alla presente per formarne parte integrante e sostanziale, *“Allegato 2”*;
 - Schema di Accordo di fiducia, che si allega alla presente per formarne parte integrante e sostanziale, *“Allegato 3”*;
3. **di stabilire** la scadenza per la presentazione delle domande al 13.11.2020;
4. che le domande pervenute verranno inoltrate alla competente U.V.M. per la certificazione di competenza;
5. che per tutti gli utenti certificati positivamente dall'UVM verrà garantito l'accesso al beneficio che verrà graduato in base ad una valutazione socio – reddituale con assegnazione di un punteggio determinato in relazione alle aree approvate dalla Conferenza dei Sindaci per l'annualità 2018 del Fondo;
6. che il calcolo del beneficio spettante avverrà mediante l'individuazione di una quota capitaria che verrà moltiplicato per il rispettivo punteggio assegnato a seguito della valutazione socio – reddituale. La quota capitaria verrà determinata dividendo il budget complessivo a disposizione dell'intervento per la sommatoria dei punteggi ottenuti dagli aventi diritto;

La sottoscrizione del presente atto assicura, ai sensi dell'art.147bis TUEL 267/2000 ed art.10 regolamento sui controlli interni, il controllo preventivo di regolarità amministrativa e assume valore di attestazione di legittimità regolarità e correttezza dell'azione amministrativa

Guardiagrele, lì 13-10-20



IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
Amorosi Antonino



REGOLARITA' TECNICA

Parere di regolarità tecnica ai sensi dell'art. 55, comma 6, del vigente regolamento di contabilità.

Guardiagrele, li 13-10-20



Il Responsabile del Procedimento

Ornella Greco

COPERTURA FINANZIARIA

Il sottoscritto, responsabile del Servizio finanziario, ai sensi dell'art. 153, comma 5, del T.U. - D.Lgs. 18/08/2000 n. 267 **attesta** che la spesa conseguente la sovra estesa determinazione ha la seguente copertura finanziaria.

INTERVENTO	COMP.	RESID.	CAPITOLO PEG	N. IMPEGNO	IMPORTO IN €

Guardiagrele, li

Il Responsabile del Servizio Finanziario

REGOLARITA' CONTABILE

VISTO: per la regolarità contabile, ai sensi dell'art. 55, comma 7, del vigente regolamento di contabilità.

Liquidazione n. _____

Guardiagrele, li

Il Responsabile del Servizio

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Il sottoscritto Messo Comunale dichiara di aver pubblicato in data odierna copia della presente determinazione all'albo pretorio di questo Comune per rimanervi quindici giorni consecutivi ai sensi dell'art. 36 del vigente regolamento di contabilità.

Guardiagrele, li' 13/10/2020

Il Messo Notificatore

Caterina Greco

Allegato 3

SCHEMA DI ACCORDO DI FIDUCIA

Ambito Distrettuale Sociale n. _____

Ente Capofila di Ambito Distrettuale: _____

Distretto Sanitario di Base: _____

Servizio competente: _____

**ACCORDO DI FIDUCIA PER LE RICHIESTE INTERVENTI PLNA AI SENSI DEL F.N.N.A. 2019
(D.G.R. N. dell')**

ACCORDO DI FIDUCIA

Vista la delibera della Giunta Regionale n. dell' "Fondo per la non autosufficienza anno 2019" tra le cui azioni progettuali sono previsti interventi di supporto economico mediante la corresponsione di:

- a) Assegno per disabilità gravissima per le persone affette da SLA;
- b) Assegno per persone in condizione di disabilità gravissima/dipendenza vitale;

Considerato che il presente "Accordo di fiducia" è sottoscritto per la corresponsione dell'assegno di cui alla lettera " _____";

Rilevato che la valutazione rilasciata dall'UVM, competente per territorio, per la corresponsione dell'assegno di "Disabilità gravissima per persone affetta da SLA" a favore del beneficiario, risulta essere **favorevole** con un punteggio globale di compromissione funzionale di " _____" e, quindi, con un livello di intensità assistenziale " _____";

Rilevato che la valutazione rilasciata dall'UVM, competente per territorio, per la corresponsione dell'assegno di "Disabilità gravissima/Dipendenza vitale" a favore del beneficiario, risulta essere **favorevole**;

Vista la determina del Comune di Guardiagrele N° _____ del _____ con la quale si prende atto dell'elenco degli ammessi a beneficio e della relativa graduatoria redatta in base a quanto stabilito dal punto 5. dell'Avviso;

Considerato che l'importo assegnato a carico del FNNA 2019 per l'assegno oggetto del presente "Accordo di fiducia" ammonta complessivamente ad € _____;

Ritenuto necessario stipulare, nel rispetto di quanto previsto nelle linee guida FNNA 2019, apposito "Accordo di fiducia" tra l'Ufficio sociale del Comune di Guardiagrele ed il beneficiario;

TUTTO CIÒ PREMESSO

L'anno _____ il giorno _____ del mese di _____ presso _____

TRA

l'ECAD _____ (_____) codice fiscale /P.Iva _____, rappresentata per le funzioni di cui al presente atto dal Responsabile dell'Ufficio di Piano ECAD _____, nato a _____ il _____ e residente a _____ in Via _____, C.F. _____ o suo delegato (delega del _____);

E

il/la Sig./Sig.ra _____, nato/a _____ il _____
e il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a _____
il _____ C.F. _____
residente a _____, via _____
tel. _____ fax _____ cell. _____ indirizzo e-mail _____
_____ in qualità di:

- beneficiario
- familiare
- tutore
- amministratore di sostegno
- altro(specificare) _____

del/della Sig/Sig.ra _____ ammesso/a a contributo si stipula il seguente "Accordo di Fiducia":

DURATA

Il presente "Accordo di fiducia" ha decorrenza dal _____ al _____.

OBBLIGHI DELL'ENTE D'AMBITO SOCIALE

1. L'ECAD _____ si impegna a versare al beneficiario la somma assegnata di €. _____ in relazione alle reali disponibilità finanziarie ed ai tempi amministrativi richiesti dalla stipula dell'Accordo di Fiducia dopo aver ricevuto la somma da parte della Regione Abruzzo e nei limiti della effettiva disponibilità di cassa.

Le somme saranno versate mediante accredito sul:

- conto corrente bancario con IBAN _____
- conto corrente postale con IBAN _____;

2. L'ECAD _____ si impegna ad erogare n. ____ ore settimanali per un totale di n. ____ ore previste nel PAI approvato dall'UVM in data _____ per prestazioni di assistenza domiciliare prevista al punto (indicare) _____, delle linee guida del FNNA 2018.

OBBLIGHI DEL BENEFICIARIO

Il familiare caregiver o l'assistente familiare si impegna a garantire le prestazioni assistenziali domiciliari adeguate alle esigenze del malato e nel rispetto della dignità dello stesso e, nel caso ritenuto necessario, dietro indicazione del Case manager o Assistente Sociale referente.

Si impegna a rispettare tutte le clausole attinenti la prestazione concessa secondo le indicazioni riportate nelle Linee guida F.N.N.A. emanate dalla Regione Abruzzo;

MODALITA' DI ASSISTENZA

Il sottoscrittore del presente accordo si impegna ad assistere il malato di SLA/Disabilità Gravissima/Dipendenza Vitale tramite (barrare l'opzione scelta):

- un familiare caregiver individuato nella persona di _____ (se ricorre) con l'impegno, da parte dello stesso, di comunicare tempestivamente ogni variazione

(decesso, aggravamento della stadiazione della malattia certificata dall'UVM, ricoveri, e qualsiasi altro avvenimento utile relativo al malato);

un assistente familiare individuato nella persona di _____ (se ricorre) con l'impegno, da parte del sottoscrittore, di comunicare tempestivamente ogni variazione (decesso, aggravamento della stadiazione della malattia certificata dall'UVM, ricoveri, e qualsiasi altro avvenimento utile relativo al malato) e di inoltrare all'EAS copia dei versamenti contributivi trimestrali entro 5 giorni dal versamento stesso.

CONTROLLI

Sarà cura dell'Assistente Sociale o Case-manager territorialmente competente verificare bimestralmente il rispetto degli impegni assunti dal beneficiario e rimettere una relazione dettagliata all'ECAD sottoscritta per presa d'atto ed accettazione dal beneficiario.

DISPOSIZIONI FINALI

Per quanto non espressamente previsto dal presente "Accordo di fiducia" si rinvia a quanto stabilito dalla deliberazione di Giunta Regionale n. _____ del _____ e all'Avviso del Comune di Guardiagrele approvato con Determinazione n. _____ del _____, di cui il/la beneficiario/a dichiara di essere pienamente a conoscenza.

Il presente Accordo di fiducia, redatto in duplice originale, viene letto, confermato e sottoscritto dalle parti.

Per Il Comune

Il/La Beneficiario/a
