



ALLEGATO 1

**COMUNE DI PIETRAGALLA**

**CAPOFILA DELL'AMBITO SOCIO-TERRITORIALE N. 1 "ALTO BASENTO"**

Abriola - Acerenza - Albano di Lucania - Anzi - Avigliano - Brindisi di Montagna - Calvello-  
Campomaggiore - Cancellara - Castelmezzano - Filiano - Laurenzana - Oppido Lucano - Pietragalla -  
Pietrapertosa - Pignola - San Chirico Nuovo - Tolve - Trivigno - Vaglio Basilicata

**AVVISO PUBBLICO**

**LA COORDINATRICE/RESPONSABILE DELL'UFFICIO DI PIANO**

Vista la Determinazione n. 13 del 17.02.2021 della Responsabile dell'Ufficio di Piano

rende noto

che, ai sensi e per gli effetti delle Deliberazioni della Giunta Regionale n. 1037 del 11/10/2018, n. 1100 del 30/10/2018 e n. 790 del 13/11/2020, i cittadini interessati possono fare richiesta di concessione di

**CONTRIBUTO ECONOMICO PER L'ASSISTENZA A DOMICILIO DELLE PERSONE  
CON DISABILITÀ GRAVISSIMA (art. 3 del D.M. 26 settembre 2016)**

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 con disabilità gravissima, così definita ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016, 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 con disabilità gravissima 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 dalle DD.G.R. n. 1037 del 11/10/2018, n. 1100 del 30/10/2018 e n. 790 del 13/11/2020 i familiari residenti in Basilicata che hanno all'interno del loro nucleo anagrafico un componente con disabilità gravissima, così definita ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016, 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 con disabilità gravissima sia

- residente in Basilicata da almeno 6 mesi dalla data di pubblicazione del presente avviso;

## ALLEGATO 1

- in stato di non autosufficienza così come definito al punto 1.3 della Direttiva di cui alle DD.G.R. n. 1037 del 11/10/2018, n. 1100 del 30/10/2018 e n. 790 del 13/11/2020;
- in possesso della certificazione medico-specialistica rilasciata dalle strutture sanitarie regionali di cui all'Avviso Pubblico comunale sulle apposite schede riportate negli Allegati n. 1A, 1B, 1C, 1/D, 1D/A, 1D/B, 1E, 1F, 1G e n. 2 della D.G.R. n. 1100 del 30/10/2018.

Per essere destinatari del contributo economico, i familiari devono essere in rapporto di effettiva convivenza con la persona con disabilità gravissima, 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 del presente Avviso, dal Servizio Sanitario Regionale per il tramite del Centro per le gravi cerebrolesioni o dall'U.O. ospedaliera di riabilitazione o dall'UVBR del Servizio Sanitario Regionale della Basilicata o da altre strutture regionali deputate alla presa in carico sanitaria di questo tipo di pazienti così come indicato nell'allegato "A" al presente avviso.

### 3. ENTITÀ DEL CONTRIBUTO

L'entità del contributo economico è stabilita dalla D.G.R. n. 1037 del 11/10/2018 e ss.mm.ii 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 i benefici economici di altri programmi di sostegno alla disabilità quali, senza pretesa di esaustività, il contributo per persone affette da SLA di cui alla D.G.R. n. 256/2013, il contributo per persone in Stato vegetativo di cui alla D.G.R. n. 1016/2013, Assegno di cura di cui alla D.C.R. 588/2009, ecc.

Il contributo economico sarà erogato mensilmente dal Comune Capofila dell'Ambito Socio-Territoriale, soltanto in caso di persistenza dei requisiti degli aventi diritto, fino ad esaurimento delle risorse disponibili, attraverso assegno circolare non trasferibile ovvero accredito su conto corrente bancario.

Per i richiedenti dichiarati beneficiari al termine del procedimento amministrativo relativo al presente avviso, la decorrenza del beneficio è stabilita dal mese in cui è stata presentata la domanda al Comune di residenza.

### 4. MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Il richiedente deve compilare la domanda di contributo economico - modello A del presente Avviso - in modalità elettronica attraverso la procedura informatica presente sul portale regionale <https://gravissimi.regione.basilicata.it/>. Allo scopo potrà eventualmente avvalersi del supporto dell'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 stampate e firmate dal solo richiedente, corredate dalla documentazione richiesta, devono essere consegnate a mano o tramite PEC-Posta Elettronica Certificata all'indirizzo del

ALLEGATO 1

Comune di residenza della persona con disabilità gravissima entro n. 90 giorni dalla pubblicazione del presente avviso che continuerà a rimanere valido anche dopo tale data per la durata del programma.

**INDIRIZZI DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC) DEI COMUNI  
DELL'AMBITO SOCIO-TERRITORIALE N.1 "ALTO BASENTO"**

Abriola	<a href="mailto:comune.abriola@cert.ruparbasilicata.it">comune.abriola@cert.ruparbasilicata.it</a>
Acerenza	<a href="mailto:protocollo@pec.comune.acerenza.pz.it">protocollo@pec.comune.acerenza.pz.it</a>
Albano di Lucania	<a href="mailto:demografici@pec.comune.albanodilucania.pz.it">demografici@pec.comune.albanodilucania.pz.it</a>
Anzi	<a href="mailto:comune.anzi@cert.ruparbasilicata.it">comune.anzi@cert.ruparbasilicata.it</a>
Avigliano	<a href="mailto:comune.avigliano@cert.ruparbasilicata.it">comune.avigliano@cert.ruparbasilicata.it</a>
Brindisi Montagna	<a href="mailto:comune.brindisimontagna@pec.it">comune.brindisimontagna@pec.it</a>
Calvello	<a href="mailto:comunecalvello@cert.ruparbasilicata.it">comunecalvello@cert.ruparbasilicata.it</a>
Campomaggiore	<a href="mailto:comune.campomaggiore@cert.ruparbasilicata.it">comune.campomaggiore@cert.ruparbasilicata.it</a>
Cancellara	<a href="mailto:comune.cancellara@cert.ruparbasilicata.it">comune.cancellara@cert.ruparbasilicata.it</a>
Castelmezzano	<a href="mailto:comune.castelmezzano.pz@legalmail.it">comune.castelmezzano.pz@legalmail.it</a>
Filiano	<a href="mailto:comune.filiano@pec.it">comune.filiano@pec.it</a>
Laurenzana	<a href="mailto:comunelaurenzana@cert.ruparbasilicata.it">comunelaurenzana@cert.ruparbasilicata.it</a>
Oppido Lucano	<a href="mailto:comuneoppidolucano.protocollo@pec.it">comuneoppidolucano.protocollo@pec.it</a>
Pietrapertosa	<a href="mailto:comunepietrapertosa.protocollo@pec.it">comunepietrapertosa.protocollo@pec.it</a>
Pietragalla	<a href="mailto:protocollo@pec.comune.pietragalla.pz.it">protocollo@pec.comune.pietragalla.pz.it</a>
Pignola	<a href="mailto:comune.pignola.protocollo@pec.it">comune.pignola.protocollo@pec.it</a>
San Chirico Nuovo	<a href="mailto:comune.sanchiriconuovo@cert.ruparbasilicata.it">comune.sanchiriconuovo@cert.ruparbasilicata.it</a>
Tolve	<a href="mailto:comunetolve@cert.ruparbasilicata.it">comunetolve@cert.ruparbasilicata.it</a>
Trivigno	<a href="mailto:ufficio.protocollo.comunetrivigno@pec.it">ufficio.protocollo.comunetrivigno@pec.it</a>
Vaglio Basilicata	<a href="mailto:comune.vaglio@cert.ruparbasilicata.it">comune.vaglio@cert.ruparbasilicata.it</a>

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 CON DISABILITÀ GRAVISSIMA*" e farà fede la data di consegna.

La domanda non sarà accettata se:

- non risulterà compilata attraverso il sistema informatico;



## ALLEGATO 1

- risulterà stampata in versione bozza;
- risulterà modificata e/o integrata a mano.

Alla domanda va allegata la seguente documentazione:

- certificazione dello stato di non autosufficienza così come definito al punto 1.3 della Direttiva di cui alle DD.G.R. n. 1037 del 11/10/2018, n. 1100 del 30/10/2018 e n. 790 del 13/11/2020 comprovato dal certificato di invalidità ai sensi dell'allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013;
- certificazione medico-specialistica rilasciata dalle strutture sanitarie regionali di cui all'Avviso Pubblico comunale sulle apposite schede riportate negli Allegati n. 1A, 1B, 1C, 1/D, 1D/A, 1D/B, 1E, 1F, 1G e n. 2 della D.G.R. n. 1100 del 30/10/2018;
- 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 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 a titolo oneroso da familiari o assistenti familiari);
- 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.

Le domande verranno istruite in ordine di arrivo temporale.

## 5. ISTRUTTORIA DELLE DOMANDE

Il Comune di residenza della persona con disabilità gravissima, alla ricezione di ogni singola domanda, la invia entro 5 giorni, completa di allegati, trattenendone copia, al Comune Capofila dell'Ambito Socio-Territoriale di appartenenza che ne verifica l'ammissibilità e dà comunicazione dell'esito ai Comuni interessati facenti parte dell'Ambito entro 20 giorni dalla data di presentazione della domanda.

## 6. DEFINIZIONE DELL'ELENCO DEI BENEFICIARI

In base alle risorse disponibili per l'Ambito, ad ogni Comune è assegnato dall'Ambito di appartenenza un numero massimo di beneficiari sulla base degli stessi criteri regionali di riparto delle risorse tra gli Ambiti.

Il singolo Comune, entro e non oltre 5 giorni dopo la comunicazione di ammissibilità 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. I singoli elenchi comunali vanno a comporre l'elenco unico di Ambito per le finalità di monitoraggio dell'intervento.

## ALLEGATO 1

### **7. RICHIESTE DI CONTRIBUTO ECCEDENTI IL NUMERO MASSIMO DI BENEFICIARI**

Nel caso in cui le richieste di contributo, nella fase di definizione dell'elenco dei beneficiari, eccedessero il numero massimo di beneficiari assegnato al singolo Comune, questi stila una graduatoria comunale in ordine al valore ISEE dando priorità ai valori ISEE più bassi. Le richieste eccedenti saranno collocate in lista di attesa, secondo i medesimi criteri. In caso di parità di valore ISEE si darà priorità alle domande pervenute prima. In fase di successiva eventuale riprogrammazione annuale dei fondi, l'Ambito può rimodulare il numero massimo di beneficiari assegnati ai singoli Comuni al fine di eliminare le eventuali liste di attesa.

### **8. PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO**

Il Servizio Sociale del Comune di residenza dei singoli beneficiari, entro 10 giorni dalla comunicazione da parte del Comune Capofila dell'ammissibilità di tutte le domande pervenute nei termini di scadenza, avvia la procedura di presa in carico anche contattando consultivamente le strutture sanitarie territorialmente competenti, di cui all'allegato "A" del presente avviso, per procedere alla stesura del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) con le modalità descritte al successivo punto 9, anche sulla base di quello già eventualmente predisposto dalle dette strutture sanitarie.

Il PAI sarà redatto ed approvato entro e non oltre 40 giorni dall'approvazione dell'elenco comunale 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 un beneficiario.

### **9. PRESA IN CARICO**

Ricevuta la comunicazione dell'esito delle domande di cui al precedente punto 6., ogni Servizio sociale comunale attiva il procedimento di "presa in carico" del beneficiario attraverso la definizione e l'approvazione del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) ritenuto 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. Il Comune Capofila dell'Ambito Socio-Territoriale verifica lo stato della presa in carico e trascorso tale termine, se questa non risulta attivata sul sistema informativo regionale, sollecita i Comuni 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 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.

## ALLEGATO 1

Il Case Manager verifica, inoltre, l'eventuale sopravvenienza delle cause di esclusione o di sospensione del beneficio indicate al successivo punto 11.

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.

### **10. GESTIONE DELL'ELENCO DEI BENEFICIARI**

L'elenco dei beneficiari redatto dai singoli Comuni diventa definitivo dopo la firma del PAI.

Le eventuali variazioni dell'elenco dei beneficiari da parte dei Comuni di residenza degli stessi dovranno essere registrate ed inviate tramite il sistema informativo del programma entro il giorno 10 di ogni mese al rispettivo Comune Capofila dell'Ambito Socio-Territoriale in tempo utile perché quest'ultimo possa predisporre i pagamenti. Le variazioni apportate successivamente saranno considerate dal mese successivo.

L'eventuale documentazione cartacea relativa alle variazioni intervenuta dovrà essere inviata, immediatamente dopo tale registrazione nel sistema, al Comune Capofila.

### **11. 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.

ALLEGATO 1

La comunicazione di tutti gli eventi deve avvenire entro 15 giorni al Comune di residenza.

## 12. INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi e per gli effetti del Regolamento (UE) n. 679/2016 e del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 come modificato dal D.lgs. 101/2018, per le disposizioni non incompatibili con il Regolamento medesimo, il Comune di PIETRAGALLA (con sede in Via Cadorna, 6 - Telefono: 0971-944311 Fax: 0971-944309 - C.F. 00953050762 - P.Iva: 00953050762 - E-mail: protocollo@comune.pietragalla.pz.it - pec: protocollo@pec.comune.pietragalla.pz.it), tratterà i dati personali conferiti per la presente procedura/contratto, per le finalità per le finalità di cui all'art 6 par 1 lett. "b", "c", "e" previste dal Regolamento (UE) 2016/679 (RGPD). Il conferimento dei dati personali identificativi, e quelli di cui all'art 9 par 1 e art 10 del Regolamento UE 679/2016 richiesti o raccolti dall'Ente è obbligatorio. I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario alla gestione della procedura nonché, successivamente, per finalità di archiviazione secondo le vigenti disposizioni in tema di documentazione amministrativa.

I dati saranno comunicati agli enti pubblici previsti dalla normativa per la verifica dei requisiti soggettivi ed oggettivi nonché negli altri casi previsti dalla normativa ivi compresa la pubblicazione nelle pagine dell'Ente (Amministrazione Trasparente, Albo Pretorio e simili) o in banche dati nazionali. I dati saranno trasmessi ad altri soggetti (es. controinteressati, partecipanti al procedimento, altri richiedenti) in particolare in caso di richiesta di accesso ai documenti amministrativi.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda, di opporsi al trattamento) e, ricorrendone i presupposti, ha, altresì, il diritto di proporre reclamo al Garante quale autorità di controllo secondo le procedure previste (artt. 15 e ss. del RGPD). L'apposita istanza all'Autorità è presentata contattando il Responsabile della protezione dei dati domiciliato per il servizio presso la residenza comunale, alla email: dpo@sicurezzadpo.it).

Questa informativa, resa in forma semplificata, potrà essere consultata in forma completa nella sezione privacy del sito <http://www.comune.pietragalla.pz.it/> o fornita contattando il titolare del trattamento a: protocollo@comune.pietragalla.pz.it.

Il Responsabile del Procedimento è la Dott.ssa Giovanna Milano, Coordinatrice /Responsabile dell'Ufficio di Piano dell'Ambito Socio-Territoriale n.1 "Alto Basento".

Informazioni ulteriori possono essere richieste all'Ufficio di Piano dell'Ambito Socio-Territoriale n.1 "Alto Basento", al numero 0971-944336 e a mezzo Pec all'indirizzo ufficiodipiano@pec.comune.pietragalla.pz.it

Pietragalla, lì 18/02/2021

LA COORDINATRICE/RESPONSABILE DELL'UFFICIO DI PIANO



Dott.ssa Giovanna MILANO  
*Giovanna Milano*

## CONTRIBUTO ECONOMICO PER L'ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVISSIMA (ART. 3 D.M. 26 SETTEMBRE 2016)

### Schema di domanda

Al Sig. Sindaco del Comune _____	prot. n° _____
Parte riservata all'Ufficio	del _____

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

#### in qualità di titolare/familiare/tutore/altro (spec.)

del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

*fa domanda di contributo economico per l'assistenza alle persone con disabilità gravissima (art. 3 D.M. 26 settembre 2016) in*

*condizione: A , B , C , D , E , F , G , H*

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 con disabilità gravissima, 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 con disabilità gravissima 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 con disabilità gravissima sopra indicata da parte di familiari o di uno o più assistenti familiari come al successivo punto 2;

c. che la persona di riferimento è:

Signore/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

### 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 con disabilità gravissima 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 \_\_\_\_\_  
IBAN \_\_\_\_\_

Intestato a		
Richiedente	Beneficiario	Persona di riferimento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### a. 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 con disabilità gravissima:

- l'ingresso in una struttura residenziale o sanitaria ed il relativo periodo di permanenza;
- il decesso;
- il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;
- 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)



AMBITO SOCIO - TERRITORIALE N. 1 "AUTO BASENTO"  
Piano Intercomunale dei Servizi Sociali e Socio Sanitari



Comune di Pietragalla  
Ente Capofila

Allega:

- certificazione medico-specialistica rilasciata dalle strutture sanitarie regionali di cui all'Avviso Pubblico comunale sulle apposite schede riportate negli Allegati n. 1A, 1B, 1C, 1/D, 1D/A, 1D/B, 1E, 1F, 1G e n. 2 della D.G.R. n. 1100 del 30/10/2018;
- copia del certificato di invalidità da cui risulti la condizione di non autosufficienza definita ai sensi dell'allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013;
- autocertificazione dello stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di pubblicazione dell'Avviso;
- autocertificazione che attesti
  - l'assistenza direttaal 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.
- 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.

### ***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.

Data \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

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



**CONCESSIONE DI CONTRIBUTI AI NUCLEI FAMILIARI DELLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVISSIME**

**Modulo di richiesta di certificazione specialistica**

Il/La sottoscritto/a

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. telefono \_\_\_\_\_  
 in qualità di \_\_\_\_\_ (titolare/familiare/tutore/altro (spec.))

***fa domanda di certificazione specialistica***

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

per il Sig./Sig.ra

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
 via/piazza \_\_\_\_\_ n. telefono \_\_\_\_\_

**per una delle seguenti condizioni:**

<b>Condizioni di disabilità gravissima</b>	
Allegato 1A persone dipendenti da ventilazione meccanica invasiva assistita o non invasiva continuativa 24h/die x 7 giorni la settimana;	<input type="checkbox"/>
Allegato 1B persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) >=4;	<input type="checkbox"/>
Allegato 1C persone con lesioni spinali fra C <sub>6</sub> /C <sub>5</sub> , 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;	<input type="checkbox"/>
Allegato 1D/A e 1D/B persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare (escluse le persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica perché già destinatarie di interventi analoghi di cui alla DGR n. 256/2013) 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;	<input type="checkbox"/>
Allegato 1E 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;	<input type="checkbox"/>
Allegato 1F persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;	<input type="checkbox"/>
Allegato 1G persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con QI ≤ 34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 8;	<input type="checkbox"/>
Allegato 2 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 psico-fisiche.	<input type="checkbox"/>

*(Parte riservata al Distretto Sanitario)*

**CONTRIBUTI AI NUCLEI FAMILIARI DELLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVISSIME**

**La visita specialistica per il Sig./Sig.ra**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_  
 codice fiscale \_\_\_\_\_ n. telefono \_\_\_\_\_  
 è prenotata per il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
 presso \_\_\_\_\_

il Funzionario addetto del Distretto Sanitario

\_\_\_\_\_

## CONCESSIONE DI CONTRIBUTI AI NUCLEI FAMILIARI DELLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVISSIME

### Modalità di richiesta di certificazione specialistica

#### AZIENDA SANITARIA DI POTENZA

- A. In ciascun Distretto, presso il Centro di Coordinamento ADI, sarà presente lo sportello che riceverà le istanze del cittadino su apposita modulistica della Regione Basilicata;
- B. Il personale ADI avrà cura di reperire un recapito telefonico dei parenti del cittadino interessato e, per il tramite dei Direttori dei Distretti, organizzerà la visita/incontro con lo specialista di riferimento come sotto riportato;
- C. Gli specialisti interessati a visitare e compilare la scheda di certificazione, come da format allegati alla D.G.R. 1100/2018, sono i seguenti:

#### Allegato 1A:

UOC Pneumologia Territoriale - Dott. Giovanni Gonnella;

#### Allegato 1B:

- UOC Nucleo Alzheimer Venosa - Dott.ssa Valeria Panetta;
- Specialisti Psichiatria DSM - Dott. Piero Fundone

Allegato 1C: specialisti titolati alla diagnosi delle lesioni presso l'Azienda Ospedaliera "San Carlo";

Allegato 1D: specialisti presso la struttura Regionale di riferimento dell'ASM presso l'AOR "San Carlo";

Allegato 1E: specialisti presso l'AOR "San Carlo" tenuto conto che le visite vanno effettuate in contemporanea (ORL e Oculistica) alla luce dei quesiti richiesti in tabella;

#### Allegato 1F:

Servizi Distrettuali di Neuro Psichiatria Infantile:

- Dott.ssa Cristiana Fiorillo - Potenza
- Dott. Rosario Federico - Venosa/Melfi
- Dott. Vincenzo D'Onofrio - Lauria/Senise
- Dott.ssa Tiziana Maffei - Villa d'Agri

#### Allegato 1G:

*per l'età evolutiva:*

Servizi Distrettuali di Neuro Psichiatria Infantile

- Dott.ssa Cristiana Fiorillo - Potenza
- Dott. Rosario Federico - Venosa/Melfi
- Dott. Vincenzo D'Onofrio - Lauria/Senise
- Dott.ssa Tiziana Maffei - Villa d'Agri

*per l'età adulta:*

- gli specialisti Psichiatri del DSM - Dott. Piero Fundone;

#### Allegato 2:

- Centri di Coordinamento ADI competenti per Distretto con gli specialisti ivi assegnati e previsti in tabella.



**AZIENDA SANITARIA DI MATERA**

Le sedi distrettuali che ospiteranno gli sportelli aperti al pubblico per la presentazione delle istanze e per ricevere le informazioni relative all'intero percorso sono:

- Matera - Sede Centrale di Via Montescaglioso Responsabile: dr. Rocco Pasciucco;
- Tricarico per il Distretto Bradanica-Medio Basento Responsabile: dr.ssa Rossana Maggio;
- Pisticci per il Distretto Collina Materana-Metapontino Responsabile: dr. Vincenzo Amoia.

Di seguito sono riportati i nominativi e la qualifica dei Medici Specialisti incaricati alla compilazione e sottoscrizione delle schede approvate con la DGR 1100/2018, nonché la struttura presso la quale il cittadino potrà incontrare lo Specialista per la relativa certificazione:

<b>Allegato1</b>	<b>Specialista</b>	<b>Nominativi</b>
1A	Pneumologo	Dr.ssa Franca Gallo - Ambulatorio via Montescaglioso Matera
	Rianimatore	Medici delle Rianimazioni - PP.OO. Matera e Policoro
1B	Geriatra	Dr. Salvatore Tardi e Dr. Sandro Giannuzzi Ambulatori P.O. Matera
	Neurologo	Dr. Michele Grieco e Dr.ssa Angela Simone Ambulatori P.O. Matera e via Montescaglioso Dr. Giuseppe Santarcangelo - Ambulatorio Distretto Policoro
	Psichiatra	Dr.ssa Giovanna Di Pede Ambulatorio P.O. Matera
1C	Neurochirurgo	//
	Fisiatra	Dr. Eustachio Pisciotta Ambulatori P.O. Matera e Ospedale Distrettuale Tinchi
1D/A e 1D/B	Fisiatra	Dr. Eustachio Pisciotta Ambulatori P.O. Matera e Ospedale Distrettuale Tinchi
	Ortopedico	Dr. Sandro Sangiovanni - Ambulatorio P.O. Matera
	Neurologo	Dr. Giuseppe Grieco e Dr.ssa Angela Simone Ambulatori P.O. Matera e via Montescaglioso Dr. Giuseppe Santarcangelo - Ambulatorio Distretto Policoro
1E	Oculista	Dr.ssa Filomena Anna Mozzarella e Oculisti Distretto di Matera e PP.OO. Matera e Policoro
	Otorinolaringoiatra	Dr. Cosma Antonio e Medici Otorinolaringoiatri Distretto di Matera Ambulatori PP.OO. Matera e Policoro
1F	Neuropsichiatria Infantile	Dr. Andrea Gemma - Ambulatorio P.O. Matera Dr.ssa Marina Commis - Distretto Policoro
1G	Psichiatra	Dr.ssa Giovanna Di Pede Ambulatorio P.O. Matera
	Neurologo	Dr. Giuseppe Grieco e Dr.ssa Angela Simone Ambulatori P.O. Matera e via Montescaglioso Dr. Giuseppe Santarcangelo - Ambulatorio Distretto Policoro
	Neuropsichiatria Infantile	Dr. Andrea Gemma - Ambulatorio P.O. Matera Dr.ssa Marina Commis - Distretto Policoro
<b>Allegato2</b>	<b>Specialista</b>	<b>Nominativi</b>
2A	Fisiatra	Dr. Eustachio Pisciotta Ambulatori P.O. Matera e Ospedale Distrettuale Tinchi
	Ortopedico	Dr. Sandro Sangiovanni - Ambulatorio P.O. Matera
	Neurologo	Dr. Giuseppe Grieco e Dr.ssa Angela Simone Ambulatori P.O. Matera e via Montescaglioso Dr. Giuseppe Santarcangelo - Ambulatorio Distretto Policoro
2B	Neurologo	Dr. Giuseppe Grieco e Dr.ssa Angela Simone Ambulatori P.O. Matera e via Montescaglioso Dr. Giuseppe Santarcangelo - Ambulatorio Distretto Policoro
2C	Pneumologo	Dr.ssa Franca Gallo - Ambulatorio via Montescaglioso Matera
	Rianimatore	Medici delle Rianimazioni - PP.OO. Matera e Policoro
2D	Nutrizionista	Dr.ssa Carmela Ba nato - Ambulatorio P.O. Matera



Allegato "A"

Per quanto riguarda l'attivazione degli sportelli per l'accoglimento delle istanze del cittadino, i Responsabili delle sedi distrettuali hanno individuato le sedi della struttura/sportello di che trattasi come di seguito specificato:

- Ufficio Distrettuale di Tricarico;
- Ufficio Distrettuale di Pisticci;
- Ufficio Distrettuale Matera.

Gli incaricati/referenti aziendali che provvederanno alla ricezione delle istanze e alla prenotazione delle visite specialistiche di cui necessita il cittadino sono:

- la dr.ssa Immacolata Celiberti, per il Distretto di Matera
- la dott.ssa Maria Giovanna Giannone, per il Distretto Collina Materana Metapontino
- la dr.ssa Caterina Ceruzzi per il Distretto Bradanica Medio Basento

Il Responsabile del servizio Cup incaricato, dott. Francesco Mannarella, provvederà, come richiesto nella nota in oggetto, a predisporre, congiuntamente ad ASP e A.O.R "San Carlo", agende dedicate per l'effettuazione delle necessarie visite specialistiche, al fine di strutturare un sistema organizzato di prenotazione presso ciascun Distretto Sanitario.

**AZIENDA OSPEDALIERA "SAN CARLO"**

1. La Posizione Organizzativa "Gestione e Coordinamento delle attività sanitarie e amministrative della Piastra Ambulatoriale", Dott. Domenico Garzone, provvederà alla prenotazione della visita specialistica e a predisporre, congiuntamente con ASP e AOR San Carlo, le agende dedicate per l'effettuazione delle necessarie visite specialistiche, secondo le indicazioni del Dirigente Medico della Direzione del Presidio San Carlo Dott.ssa Teresa Maria GUARINO, Responsabile delle attività ambulatoriali.
2. Per gli specialisti, saranno i Direttori delle Unità Operative i referenti Specialisti deputati all'accertamento dello stato di disabilità.

**Direttori delle Unità Operative e Referenti delle branche specialistiche**

DIRETTORI	BRANCHE SPECIALISTICHE
ANESTESIA E RIANIMAZIONE Dott. Libero Mileti Dott. Giuseppe Pittella	RIANIMAZIONE
GERIATRIA Dott. Nicola Libutti	GERIATRIA
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA Dott. Domenico Santomauro	FISIATRIA
NEUROLOGIA Dott. Nicola Paciello	NEUROLOGIA
NEUROCHIRURGIA Dott. Giovanni Vitale	NEUROCHIRURGIA
OCULISTICA S.I.C. Dott. Domenico Lacerenza	OCULISTICA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Dott. Rocco Romeo Dott. Adolfo Cuomo	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
ORL - AUDIOLOGIA E FONIA TRIA Dott. Lorenzo Santandrea	OTORINOLARINGOIATRIA
PNEUMOLOGIA f.f. Dott. Vincenzo Palo	PNEUMOLOGIA

N.B. Per le Branche di Psichiatria e Neuropsichiatria Infantile e per il Nutrizionista, si dovrà far riferimento all'ASP e ASM, non essendo presenti in questa AOR tali professionalità.



Allegato "A"

Azienda Ospedaliera San Carlo - Presidio di Potenza													
Elenco Unità Operative e Referenti Progetto Regionale x Disabili													
Specializzazione	Medico	Lunedì		Martedì		Mercoledì		Giovedì		Venerdì		Sabato	
		orario	n° pz	orario	n° pz								
Anestesia e Rianimazione	L. Mileti	dalle		dalle		dalle		dalle 10.00	8	dalle		dalle	
		alle		alle		alle		alle 12.00		alle		alle	
	G. Pittella	dalle		dalle		dalle 10.00	8	dalle		dalle		dalle	
		alle		alle		alle 12.00		alle		alle		alle	
Geriatría	N. Libutti	dalle		dalle 09:30	4	dalle		dalle		dalle		dalle	
		alle		alle 12.30		alle		alle		alle		alle	
Fisiatria	D. Santomauro	dalle 14:00	3	dalle		dalle		dalle		dalle		dalle	
		alle 16:00		alle		alle		alle		alle		alle	
Neurologia	N. Paciello	dalle 08:30	10	dalle		dalle		dalle		dalle		dalle	
		alle 13:30		alle		alle		alle		alle		alle	
Neurochirurgia	G. Vitale	dalle		dalle 12.30	1	dalle 12.30	1	dalle		dalle 12.30	1	dalle	
		alle		alle 13.00		alle 13.00		alle		alle 13.00		alle	
Oculistica	D. Lacerenza	dalle		dalle	4	dalle		dalle		dalle		dalle	
		alle		alle		alle		alle		alle		alle	
Ortopedia e Traumatologia	R. Romeo e Cuomo	dalle		dalle		dalle 08:00	12	dalle		dalle		dalle	
		alle		alle		alle 12.00		alle		alle		alle	
Otorino	L. Santandrea	dalle		dalle 9.00	4	dalle		dalle		dalle		dalle	
		alle		alle 11.30		alle		alle		alle		alle	
(*) Otorino, dott. Santandrea, 1° e 3° martedì di ogni mese, escluso il periodo Natalizio													
Pneumologia	V. Palo	dalle		dalle 11.30	2	dalle		dalle 11.30	2	dalle		dalle	
		alle		alle 12.30		alle		alle 12.30		alle		alle	