



Comune di Sparanise

ENTE CAPOFILA - AMBITO TERRITORIALE SOCIO-SANITARIO C9



AMBITO TERRITORIALE C9

SPARANISE, CALVI RISORTA, GIANO VETUSTO, CAMIGLIANO, ROCCHETTA E CROCE,
PIGNATARO MAGGIORE, PASTORANO, CAPUA, BELLONA E VITULAZIO

AVVISO PUBBLICO PER L'EROGAZIONE DEGLI ASSEGNI DI CURA A VALERE SUL FNA 2017 AMBITO TERRITORIALE C9

(Decreto Dirigenziale 261/16 E Circolari Esplicative Del 03/07/2018 E Del 06/11/2018 Rif. Fna 2017)

In esecuzione della determina del Coordinatore UDP ATC9 rgn. 1465/18 è indetto avviso pubblico per la individuazione di ulteriori beneficiari degli Assegni di Cura, ferma restando la garanzia della continuità assistenziale per i n. 22 utenti già in carico all'Ambito C9, a valere su FNA 2017 e residui annualità precedenti.

1- DESTINATARI

Accedono agli assegni di cura del presente Avviso le persone non autosufficienti in condizione di disabilità gravissima, residenti nell'Ambito Territoriale e per le quali le U.V.I. distrettuali abbiano già effettuato una valutazione e redatto un progetto sociosanitario/P.A.I. di "Cure Domiciliari", che siano assistite da un caregiver familiare o le persone che presentano per la prima volta richiesta di accesso alle Cure Domiciliari (presso il Distretto Sanitario o i servizi sociali dei Comuni dell'Ambito Territoriale) e in calce alla stessa effettuino anche richiesta di assegno di cura.

I beneficiari devono essere inseriti in progetti socio-sanitari/PAI di Cure Domiciliari definiti dalle UVI distrettuali, sulla base di una valutazione multidimensionale del bisogno assistenziale effettuata tramite le schede SVAMA/DI. Gli assegni di cura sostituiscono le ore di prestazioni di assistenza tutelare ed aiuto infermieristico" garantite dall'OSS di competenza dell'Ambito Territoriale e costituiscono la quota di spesa sociale dei piani di assistenza individualizzati (PAI) di cure Domiciliari Integrate (CDI/ADI) e sono nel contempo aggiuntivi e complementari a ogni altra prestazione o intervento a carattere esclusivamente sociale erogata dai Comuni dell'Ambito per una presa in carico globale dell'assistito e della sua famiglia, come ad es.: il trasporto, il segretariato sociale, etc.

2- AMMONTARE DEL CONTRIBUTO

In conformità con quanto stabilito con D.D.R.C. n.132 del 07/05/2018 e con D.D.R.C. n.365 del 06/11/2018 la quota dell'assegno di cura, indipendentemente dalle condizioni economiche dell'assistito e del suo nucleo familiare è pari a:

€ 1.200,00 (milleduecento/00) mensili, per disabili con indice Barthel compreso tra 71 e 100.

€ 600 per disabili gravi con indice Barthel compreso tra 55 e 70.

A parità del punteggio Barthel e del livello assistenziale valutato dalle U.V.I., accedono prioritariamente coloro che presentano condizioni economiche più svantaggiate in base all'ISEE.

Il PAI potrà avere la durata massima di 12 mesi, con possibilità di rivalutazione laddove vi sia un aggravamento, e continuità assistenziale laddove siano sussistenti risorse economiche.

3- MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda, redatta utilizzando la modulistica appositamente predisposta dall'Ufficio di Piano e disponibile sui siti istituzionali dei Comuni dell'Ambito Territoriale C9, deve essere consegnata a mano, in busta chiusa, dal soggetto beneficiario oppure da un soggetto differente solo nel caso in cui si tratti di genitore di minore, tutore, curatore, amministratore di sostegno, o in via residuale altro familiare stabilmente convivente oppure altro soggetto munito di formale delega alla presentazione della domanda, **al Protocollo del Comune di Residenza negli orari di apertura al pubblico;**

Sulla busta, contenente il modello di richiesta con i suoi allegati, oltre alle indicazioni del mittente (Cognome Nome e indirizzo) e del destinatario, dovrà essere riportata la dicitura: "**Richiesta di accesso assegni di cura**

FNA Ambito Territoriale C9'. Farà fede il timbro di ricevimento apposto dall'Ufficio protocollo del comune di Residenza.

4- MODALITA' DI EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO

L'erogazione dell'assegno di cura avverrà bimestralmente tramite accredito con bonifico su conto corrente bancario o postale intestato a:

1. nel caso di utente capace di intendere e di volere, all'utente stesso indicato come beneficiario;
2. nel caso di utente interdetto o inabilitato, al soggetto incaricato della tutela dell'utente stesso (amministratore di sostegno, tutore, curatore).

In riferimento alla prima ipotesi si precisa che l'utente potrà essere intestatario o cointestatario di un conto corrente bancario o postale;

Si precisa che non sarà possibile procedere con l'erogazione del contributo ai soggetti titolari di conto corrente postale associato a libretto.

L'assegno è cumulabile con pensioni, indennità di accompagnamento e ogni altro assegno o emolumento riconosciuto con carattere previdenziale e/o assicurativo. Non è cumulabile con altre misure di sostegno al reddito erogati dall'Ambito per i non autosufficienti né con voucher per l'assunzione di badanti.

Qualora l'utente necessiti di un periodo di ricovero di sollievo in R.S.A. o in caso di ricovero ospedaliero, è tenuto a darne tempestiva comunicazione al Comune capofila dell'Ambito Territoriale. L'erogazione dell'assegno di cura non è sospesa se tale periodo non supera i 30 giorni. Oltre tale termine, il Comune Capofila dispone la sospensione dell'assegno, che potrà essere riattivato in ogni caso solo al rientro a domicilio.

In caso di decesso, il Comune capofila dispone l'interruzione dell'assegno a partire dal mese successivo al decesso. I familiari del deceduto non hanno alcun titolo di diritto sull'assegno.

Nel caso di utenti che già ricevono da parte dell'Ambito prestazioni domiciliari di "assistenza tutelare e aiuto infermieristico" garantite dall'o.s.s., il primo assegno di cura deve necessariamente coincidere con la data di cessazione delle prestazioni. Allo stesso tempo, le prestazioni non potranno essere sospese prima dell'accredito del Bonifico Bancario all'utente, trattandosi di prestazioni L.E.A.

5- CONTROLLI

Ai sensi del DPR. n. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi previsti dalla legge sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia e determina la pronuncia di decadenza dai benefici eventualmente conseguenti il provvedimento emanato su tali basi.

6- TERMINE PRESENTAZIONE ISTANZE

Le richieste di accesso al beneficio potranno pervenire a far data dalla pubblicazione del presente avviso, sino alla data del **31/01/2019**. Sono fatte salve le domande già presentate all'Ambito. Il termine per la presentazione non è perentorio. Le istanze verranno analizzate a sportello e verranno riconosciuti beneficiari sino a concorrenza delle risorse disponibili, calcolate sul progetto di 12 mesi.

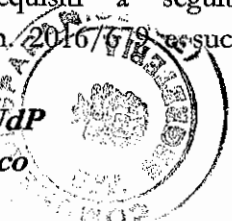
Le valutazioni in sede UVI saranno avviate, presumibilmente, nel mese di febbraio 2019.

Per tutto quanto non previsto dal presente avviso ivi compreso i criteri di accesso e le modalità di determinazione dei beneficiari e conseguente formulazione delle graduatorie, si rimanda al Decreto regionale di erogazione dei finanziamenti.

7- TUTELA PRIVACY

I dati personali, acquisiti a seguito del presente avviso, verranno trattati nel rispetto del - Regolamento (UE) n. 2016/679 e successive modifiche ed integrazioni, ai soli fini della concessione del contributo.

Il Coordinatore dell'UdP
Dott.ssa Daniela Rocco



<input type="checkbox"/> 3=separato/a <input type="checkbox"/> 7=Non dichiarato	<input type="checkbox"/> 6=Convivente
--	---------------------------------------

Condizione lavorativa	<input type="checkbox"/> Pensionato <input type="checkbox"/> Inabile al lavoro <input type="checkbox"/> Occupato dipendente <input type="checkbox"/> Occupato con rapporto precario/temporaneo <input type="checkbox"/> Occupato in forma autonoma <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Non occupato <input type="checkbox"/> Casalinga <input type="checkbox"/> Studente
------------------------------	--	--

Grado d'istruzione	<input type="checkbox"/> 1 Nessuno <input type="checkbox"/> 2 Licenza elementare <input type="checkbox"/> 3 Media Inf. <input type="checkbox"/> 7 Non dichiarato	<input type="checkbox"/> 4 Media sup. <input type="checkbox"/> 5 Diploma universitario <input type="checkbox"/> 6 Laurea
---------------------------	---	--

EVENTUALE PERSONA INCARICATA DI TUTELA GIURIDICA(tutore, curatore, amministratore di sostegno, genitore del minore) COGNOME e NOME _____ RUOLO _____ VIA _____ COMUNE _____ RECAPITO TELEFONICO _____
--

<input type="checkbox"/> MEDICO DI MEDICINA GENERALE	<input type="checkbox"/> PEDIATRA DI LIBERA SCELTA
COGNOME e NOME _____	
A.S.L. _____	Distretto Sanitario _____
TEL _____	E-MAIL _____

SEZIONE 2 - RICHIESTA ESPRESSA DALL'UTENTE

RICHIESTA/SEGNALAZIONE:
<input type="checkbox"/> Utente direttamente <input type="checkbox"/> Familiare/Parente
<input type="checkbox"/> Tutore giuridico(<i>specificare tutore, curatore, amm sostegno etc</i> _____)
<input type="checkbox"/> Rete informale: _____
<input type="checkbox"/> U.O. ospedaliera: _____
<input type="checkbox"/> Struttura residenziale: _____
<input type="checkbox"/> Altri servizi sociali dell'ambito territoriale: _____
<input type="checkbox"/> Ambulatorio STP
<input type="checkbox"/> Autorità giudiziaria <input type="checkbox"/> Privato sociale <input type="checkbox"/> Scuola
<input type="checkbox"/> Altro _____

Tipo di richiesta espressa:
<input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare <input type="checkbox"/> Ricovero in Strutture Residenziali
<input type="checkbox"/> Ricovero in Struttura Semi Residenziali <input type="checkbox"/> Contributi Economici
<input type="checkbox"/> Assegno di cura
<input type="checkbox"/> Altro: _____

Area prioritaria di riferimento:

- | | | | |
|---|---------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Famiglie | <input type="checkbox"/> Anziani | <input type="checkbox"/> Minori | <input type="checkbox"/> Disabili |
| <input type="checkbox"/> Indigenti | <input type="checkbox"/> Dipendenza | <input type="checkbox"/> Immigrati | <input type="checkbox"/> Disagio psichico |
| <input type="checkbox"/> Segretariato sociale | <input type="checkbox"/> Altro: _____ | | |

Utente che già fruisce di servizi

- Servizi Sociali: _____
- Servizi Sanitari: _____
- Altro: _____

Allega alla presente:

- fotocopia documento di riconoscimento del richiedente;
- fotocopia del documento di riconoscimento del tutore, amministratore etc ;
- provvedimento giudiziale di nomina del tutore, amministratore, curatore etc;
- copia verbale invalidità civile e/o Riconoscimento disabilità L.104/92.
- Modello ISEE in corso di validità
- Altro(*specificare*) _____

CONSENSO INFORMATO

Il/la sottoscritto/a _____
 in qualità di (specificare) _____

Dichiara, altresì, di autorizzare il titolare dei dati del Comune di _____ e del Comune di Sparanise, ATC9, al trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione, esclusivamente per le finalità per le quali vengono trasmessi.

Luogo e data della richiesta _____ Firma _____

oooo

SEZIONE 3 - BISOGNO RILEVATO- SEZIONE RISERVATA AL SERVIZIO CHE RICEVE LA DOMANDA

BISOGNO RILEVATO DALL'OPERATORE

MOTIVAZIONI DELLA RICHIESTA DELL'OPERATORE:

- Anziano "fragile" e patologie geriatriche con riduzione dell'autonomia
- Disabilità fisico/psichica, pluripatologie e patologie cronico-degenerative che determinano riduzione dell'autonomia
- Malattia acuta temporaneamente invalidante o stabilizzazione stato clinico (post acuzie)
- Insufficienza del supporto familiare/famiglia non in grado di provvedere
- Solitudine
- Alloggio non idoneo
- Dimissione sociosanitaria protetta da reparto ospedaliero o da struttura residenziale
- Tossicodipendenza

Altro:

PRIMA VALUTAZIONE

Bisogno semplice

Sociale

Sanitario

Bisogno complesso

Caso urgente



PROPOSTA DI ATTIVAZIONE DEI SERVIZI

Sociale

Sanitario

Invio al percorso integrato/attivazione U.V.I.

Data, luogo e firma dell'operatore ricevente

 <p>REGIONE CAMPANIA ASL CASERTA</p>	 <p>VETUSTISSIMA CALIUM CIVITAS</p> <p>AMBITO TERRITORIALE C9</p>
Distretto Sanitario 22	Ambito Territoriale C9

Alla c.a. Direttore del Distretto Sanitario n. ____
 Coordinatore Ufficio di Piano Ambito C9

MODELLO PROPOSTA DI AMMISSIONE

Dati anagrafici paziente

Nome _____ Cognome _____
 Città di nascita _____ Data di nascita _____
 Residenza _____

Certificazioni

(fonte di derivazione)

certif. invalidità verificata on line o cartacea dichiarazione della persona

Certificazione invalidità Legge 104/92 si no
 se si, indicare art. ____ e comma ____

Invalidità civile si no
 Se si, indicare % _____ e con accompagnamento senza accompagnamento

Indicazioni generali di carattere socio ambientale e rete familiare:
Bisogno/problema rilevato (condizioni generali di salute, diagnosi cliniche e patologie presenti, eventuale certificazione medica del MMG/PLS o di struttura pubblica a supporto della richiesta):
Prima valutazione sulla presenza dei requisiti per l'attivazione del servizio specifico:
Ipotesi di intervento:
Riferimenti territoriali da attivare per la valutazione multidimensionale (MMG/PLS, unità operative distrettuali, servizio sociale, ecc.):
Tempi di attivazione dell'UVI:

Data _____

Responsabile U.O. /S.S.P. Ambito C9
 firma e timbro

Si allega scheda di accesso PUA