



Comune di Tivoli

## DISTRETTO SOCIOSANITARIO RM 5.3

Ente capofila: Comune di TIVOLI

COMUNI DI: CASAPE, CASTEL MADAMA, CERRETO LAZIALE, CICILIANO, GERANO, LICENZA, MANDELA, PERCILE, PISONIANO, POLI, ROCCAGIOVINE, SAMBUCCI, SAN GREGORIO DA SASSOLA, SAN POLO DEI CAVALIERI, SARACINESCO, TIVOLI, VICOVARO.

### INTERVENTI IN FAVORE DI PAZIENTI AFFETTI DA S.L.A.

**vista** la Delibera della Regione Lazio n°233/2012 concernente “Approvazione del programma attuativo degli interventi a favore di persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica SLA ai sensi del Decreto Interministeriale 11/11/2011”;

**considerato che** con Determinazione Regione Lazio n. G17471 del 31/12/2015 vengono riconosciute per l’annualità 2016 risorse pari ad € 60.900,00 per gli interventi a favore dei soggetti affetti da SLA;

**vista** la Determinazione Dirigenziale n.1752 del 17/10/2016,

### SI RENDE NOTO

che in applicazione della normativa sopracitata, possono presentare istanza per la concessione di un assegno di cura e sostegno, i familiari (caregiver o referenti) delle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), residenti sul territorio del Distretto.

Il presente Avviso Pubblico prevede l’attivazione di interventi a sostegno della domiciliarità e di riconoscimento del lavoro di cura di familiari/caregiver o di personale qualificato che presta servizio alla persona malata, di durata annuale, tramite l’erogazione di un contributo economico denominato “assegno di cura”.

L’assegno di cura dovrà essere finalizzato a realizzare uno dei seguenti interventi:

- assistenza domiciliare indiretta tramite assunzione di uno o più assistenti familiari (esterni alla rete familiare) adeguatamente formati come richiamato nella 233/2012 che svolgano attività di cura e aiuto al malato di SLA; nella gestione in forma indiretta l’utente è libero di scegliere i propri assistenti personali, regolarizzando il relativo rapporto mediante un contratto di lavoro nel rispetto della normativa vigente;
- riconoscimento economico per l’impegno assistenziale sostenuto dal familiare/caregiver, in favore del malato di SLA.

L’ammontare del contributo massimo mensile riconosciuto agli utenti che si avvalgono di personale debitamente formato ai sensi della D.G.R. 233/2012, viene ripartito come di seguito specificato, sulla base della stadiazione della malattia, correlata alle funzioni compromesse e al grado di compromissione **tenuto conto delle risorse disponibili**:

Stadiazione malattia	Contributo massimo mensile ad utente
Primo livello deficit moderato	€ 300,00
Secondo livello deficit medio-grave	€ 500,00
Terzo livello deficit grave	€ 1.200,00
Quarto livello deficit completo	€ 2.000,00

In caso di riconoscimento del lavoro di cura del familiare/caregiver, il contributo economico mensile è corrisposto nella misura del 50% dell’importo massimo indicato nello schema precedente, per ogni livello di stadiazione della malattia.

In attuazione della D.G.R. 233/2012, è stabilito che, quale indicazione operativa per il contributo spettante all'utente, in caso di ricovero presso RSA, in Hospice o in caso di ricovero di Sollievo, l'assegno di cura venga sospeso per essere ripristinato una volta conclusasi la fase del ricovero.

Le risorse assegnate con il presente avviso pubblico sono, ai sensi dell'art.2, comma 2 del decreto interministeriale 11/11/2011, "finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria" e "le prestazioni, gli interventi e i servizi non sono sostitutivi di quelli sanitari".

All'istanza deve essere allegata la seguente documentazione:

- 1) Certificazione dei Centri di Riferimento Regionale, che documentino la diagnosi e certifichino lo stadio della malattia.
- 2) Autocertificazione della situazione familiare con l'indicazione dei componenti. (mod. A).
- 3) Autocertificazione del caregiver ( mod. B).
- 4) Copia del contratto di lavoro e attestato di qualifica nei casi di assistenza prestata da personale esterno alla famiglia.
- 5) Documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo (se diverso dal beneficiario);
- 6) Documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo.

Le istanze finalizzate all'ottenimento del contributo, corredate degli allegati richiesti, devono essere compilate, dal diretto interessato o da chi ne cura gli interessi, sui moduli predisposti e in distribuzione presso gli Uffici URP del Comune di residenza.

Il presente avviso e la relativa modulistica sono pubblicati sull'Albo Pretorio del Comune di Tivoli, sul sito istituzionale del Comune di Tivoli [www.comune.tivoli.rm.it](http://www.comune.tivoli.rm.it), e sul sito istituzionale della ASL Roma 5.

L'istanza per la concessione dell'assegno di cura e sostegno, dovrà pervenire entro il **19 novembre 2016** presso gli uffici URP del Comune di residenza.

Tivoli, 21 ottobre 2016

IL DIRIGENTE DEL IV SETTORE

*Dott.ssa Lucia Leto*

Distretto RM5.3

Comune di \_\_\_\_\_

**Oggetto : Assegno di cura e sostegno per persone affette da SLA**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ (Obbligatorio) cell. \_\_\_\_\_

**In qualità di:**

Genitore

Altro familiare (specificare) \_\_\_\_\_

del/la Sig./Sig.ra (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

e residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Che risulta affetto da SLA.

**chiede**

la concessione dell'assegno di sostegno, volto al miglioramento della qualità dell'assistenza per le persone affette da SLA e il riconoscimento del lavoro di cura del familiare – caregiver per l'annualità 2016.

A tal fine

**dichiara**

che al familiare affetto da SLA, residente nel Distretto 5.3 e precisamente nel Comune di \_\_\_\_\_ vengono assicurate prestazioni di cure, assistenza ed aiuto alla persona in relazione alle condizioni vissute in autonomia all'interno della famiglia.

Allega alla presente istanza:

1. Certificazione dei Centri di Riferimento Regionale, che documentino la diagnosi e certifichino lo stadio della malattia.
2. Autocertificazione della situazione familiare con l'indicazione dei componenti. (mod. A).
3. Autocertificazione del caregiver ( mod. B).
4. Copia del contratto di lavoro e attestato di qualifica nei casi di assistenza prestata da personale esterno alla famiglia.
5. Documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo (se diverso dal beneficiario);
6. Documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione dell'assegno di sostegno e di essere consapevole che il beneficio decade in caso di decesso e per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**  
**DA PRODURRE AGLI ORGANI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI**  
**SERVIZI.**

Il nucleo familiare risulta composto da:

<b>n.</b>	<b>Cognome e Nome</b>	<b>Luogo</b>	<b>Data nascita</b>	<b>Grado parentela</b>

**Il Dichiarante**

data.....

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

**Autocertificazione del Caregiver**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ (Obbligatorio) cell. \_\_\_\_\_

**in qualità di caregiver**

del/la Sig./Sig.ra (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
Affetto/a da patologia SLA, per conto del/della quale percepirà il contributo regionale erogato dal  
Comune di Tivoli in qualità di capofila del Distretto RM5.3, chiede che:

l'accredito dell'assegno di cura e sostegno per persone affette da SLA, annualità 2016, avvenga sul  
c/c:

- Postale n. \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_
- Bancario n. \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

Intestato a \_\_\_\_\_

**Il Dichiarante**

Data \_\_\_\_\_

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

## **Ulteriori dichiarazioni**

Il/la sottoscritto/a, i cui dati anagrafici compaiono nell'apposita sezione del presente modulo,

**DICHIARA CHE QUANTO AFFERMATO IN OGNI PARTE DELLO STESSO**

**CORRISPONDE AL VERO**, nonché:

- di aver preso piena conoscenza di tutte le norme e condizioni stabilite nell'Avviso Pubblico per la concessione del contributo economico destinato ai malati di Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), di cui alla D.G.R. Lazio n° 233/2012 e D.D. n° B08766/2012, si impegna a produrre, nei termini e con le modalità che gli verranno indicati, tutta la documentazione che il Comune ritenesse necessario acquisire, nonché a fornire ogni notizia utile che gli venisse richiesta;
- di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71D.P.R. n° 445/2000 e che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decade dal diritto dei benefici eventualmente conseguiti in virtù del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. già citato;
- di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite, da parte della Guardia di Finanza presso gli Istituti di Credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi degli art. 4 comma 2 del D.lgs. 31.03.1998 n°109 e art. 6 – comma 3 – del D.P.C.M. 07.05.1999 n° 221 e succ. mod. e che potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata, nonché essere effettuati confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze;
- di essere consapevole della responsabilità penale che si assume ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 per falsità in atti e dichiarazioni e della possibilità di decadenza dal beneficio.

**Il Dichiarante**

---