

Dettaglio Email

Mittente: info@pec.velino.it

Destinatari: comune.castelsantangelo.ri@legalmail.it

Data: 23-06-2020 Ora: 11:44 Num. Protocollo: Del:

Oggetto: POSTA CERTIFICATA: Avviso Pubblico - Interventi per la Non Autosufficienza, Disabilità Gravissima, Demenza o Alzheimer

Testo Email



**Ai Sindaci dei Comuni della Comunità Montana del Velino
Agli Assessori ai Servizi Sociali dei Comuni della Comunità Montana del Velino
Ai Responsabili dei Servizi Sociali dei Comuni della Comunità Montana del Velino
Agli Assistenti Sociali dei Comuni della Comunità Montana del Velino**

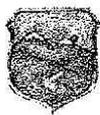
Oggetto: Avviso Pubblico - Interventi per la Non Autosufficienza, Disabilità Gravissima, Demenza o Alzheimer

Si comunica che in data 18 giugno 2020 è stato pubblicato l'Avviso pubblico distrettuale riguardante l'attuazione degli interventi socio assistenziali in favore della popolazione in condizione di Non Autosufficienza, Disabilità Gravissima, Demenza o Alzheimer.

- Si allega, con l'invito alla massima esposizione e diffusione nel vostro territorio l'Avviso Pubblico in oggetto.**
- Si allega inoltre il Modulo per la domanda da consegnare all'utente .**

Per eventuali chiarimenti potete contattare il nostro referente dell'Ufficio Di Piano Alberto Campanelli al 3281692466

**Distinti saluti
Il Responsabile del Servizio
Luca Falconi**



COMUNITA' MONTANA DEL VELINO

VI ZONA – PROVINCIA DI RIETI –

GESTIONE ASSOCIATA DEI SERVIZI SOCIALI – DISTRETTO RIETI 5

VIA ROMA 103 – 02019 POSTA (RI) – www.velino.it info@velino.it Tel 0746/951402 Fax 0746/951403 P.I.: 80018100570

AVVISO PUBBLICO PER L'ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI: NON AUTOSUFFICIENZA, DISABILITA' GRAVISSIMA, DEMENZA O ALZHEIMER

REQUISITI DI ACCESSO

L'avviso pubblico si rivolge alle persone residenti nel territorio del Distretto Sociale Rieti 5 che versano in condizioni di non autosufficienza e disabilità con particolare riferimento a:

- a) l'area della senescenza, che comprende persone anziane, con temporanea, parziale o totale limitazione della autosufficienza;
- b) l'area della disabilità, che comprende gli adulti con disabilità di natura fisica, psichica o sensoriale e/o affetti da malattie croniche in presenza di non autosufficienza e di limitata autonomia personale e sociale;
- c) area dell'età evolutiva e giovanile, che comprende come fascia di bisogno i minori parzialmente o totalmente non autosufficienti.

Gli utenti potranno afferire all'Avviso pubblico qualora presentino uno dei tre seguenti requisiti:

1. **CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA** con possesso di Certificazione di handicap grave, (art.3, comma 3, della legge n.104 del 1992);
2. **CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA** con possesso di Certificazione di handicap grave (art.3, comma 3, della legge n.104 del 1992) e ulteriore certificazione di disabilità gravissima (ai sensi all'art. 3 comma 2 Decreto ministeriale n.26 9/2016 e della Deliberazione Regione Lazio 104/2017);
3. **CONDIZIONE DI DEMENZA O ALZHEIMER** con possesso di Certificazione di malattia di Alzheimer o demenza su base degenerativa/vascolare/mista e punteggio conseguito ai test MMSE (Mini Mental State Examination) uguale o inferiore a 18/30.

INTERVENTI ATTIVABILI E FINANZIABILI

- Programmi assistenziali personalizzati gestiti direttamente dall'utente o dai familiari.
- Contributo di cura al familiare denominato Caregiver, in quanto volontariamente, in modo gratuito e responsabile, si prende cura di una persona non autosufficiente. (Il contributo di cura è concesso solo a chi versa in condizione di disabilità gravissima certificata)
- Programmi per favorire l'autonomia, la formazione e l'inclusione sociale e lavorativa (Rivolti a persone di età compresa tra i 18 e i 64 anni).

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Per avere accesso al finanziamento i richiedenti dovranno compilare il modulo di domanda reperibile presso il PUA (Punto Unico di Accesso alle prestazioni sociali e sanitarie) del comune di residenza, presso il PUA gli utenti avranno anche un supporto alla compilazione e presentazione della domanda. Coloro che non potranno recarsi presso gli sportelli PUA potranno essere supportati nella presentazione della domanda chiamando il numero verde 800629806 attivo dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 18.

Il modello di domanda dovrà essere compilato, integrato con la certificazione ISEE 2020 e l'ulteriore documentazione richiesta, consegnato e protocollato presso il PUA (Punto Unico di Accesso alle prestazioni sociali e sanitarie) del comune di residenza entro la data del 19 dicembre 2020. La data di presentazione della domanda darà precedenza nella fase di valutazione dei requisiti e nel conseguente finanziamento degli interventi.

VALUTAZIONE DEI REQUISITI

La **Condizione di Non Autosufficienza** verrà valutata dalla Unità Valutativa Territoriale Integrata Distrettuale. La valutazione della condizione di non autosufficienza e il punteggio derivante dall'ISEE, saranno elaborati attraverso uno strumento di valutazione del bisogno socio-assistenziale che determinerà un punteggio totale, l'inserimento nella graduatoria distrettuale e l'entità delle prestazioni e del finanziamento assegnato.

La **Condizione di Disabilità Gravissima** dovrà essere accertata e certificata da un Medico Specialista del Servizio Sanitario Nazionale, che certificherà la sussistenza di 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;

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.

La valutazione della condizione di Disabilità e il punteggio derivante dall'ISEE, saranno elaborati attraverso uno strumento di valutazione del bisogno socio-assistenziale che determinerà un punteggio totale, l'inserimento nella graduatoria distrettuale e l'entità delle prestazioni e del finanziamento assegnato.

La **Condizione di Demenza o Alzheimer** dovrà essere certificata da un Medico Specialista del Servizio Sanitario Nazionale che dovrà attestare la diagnosi di malattia di Alzheimer o demenza su base degenerativa/vascolare/mista e indicare il punteggio conseguito al test MMSE (Mini Mental State Examination) uguale o inferiore a 18/30. Tale punteggio concorrerà, insieme a quello estrapolato dalla valutazione del bisogno socio-assistenziale e al punteggio derivante dall'ISEE, a determinare un punteggio totale finalizzato all'inserimento nella graduatoria distrettuale e a definire l'entità delle prestazioni e del finanziamento assegnato.

Ulteriori informazioni potranno essere richieste chiamando il numero verde 800629806 attivo dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 18 o recandosi presso il PUA (Punto Unico di Accesso alle prestazioni sociali e sanitarie) del comune di residenza.

Posta 18 Giugno 2020

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Luca Falconi



Ai Servizi Sociali della Comunità Montana del Velino

Via Roma 103 - Posta

Richiesta di partecipazione all' AVVISO PUBBLICO PER L'ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI: NON AUTOSUFFICIENZA, DISABILITA' GRAVISSIMA, DEMENZA O ALZHEIMER

Il/la sottoscritto/a.....
Nato/a a il
Residente a in
Recapito telefonico
In qualità di (Genitore, Coniuge, Figlio, etc.)
Di.....
Nato a il
E residente a Via/P.zza

CHIEDE

che la presente domanda afferisca all'AVVISO PUBBLICO PER L'ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI: NON AUTOSUFFICIENZA, DISABILITA' GRAVISSIMA, DEMENZA O ALZHEIMER gestito dai Servizi Sociali del Distretto Rieti 5.

DICHIARA

Che l'utente destinatario dell'intervento ha uno dei tre requisiti richiesti dall'Avviso Pubblico (barrare la casella relativa)

1. **CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA:** con possesso di Certificazione di handicap grave, (art.3, comma 3, della legge n.104 del 1992)
2. **CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA:** con possesso di Certificazione di handicap grave (art.3, comma 3, della legge n.104 del 1992) e ulteriore certificazione di disabilità gravissima (ai sensi all'art. 3 comma 2 Decreto ministeriale n.26 9/2016 e della Deliberazione Regione Lazio 104/2017)
3. **CONDIZIONE DI DEMENZA O ALZHEIMER:** con possesso Certificazione di malattia di Alzheimer o demenza su base degenerativa/vascolare/mista e punteggio conseguito al test MMSE (Mini Mental State Examination) uguale o inferiore a 18/30;

ALLEGA

la seguente **DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA** (solo per la condizione sopra dichiarata):

- **CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA:**

- Certificazione di handicap grave, (art.3, comma 3, della legge n.104 del 1992)
- Certificazione ISEE 2020 del nucleo familiare
- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del destinatario dell'intervento

- **CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA:**

- Certificazione di handicap grave, (art.3, comma 3, della legge n.104 del 1992)
- Certificazione di disabilità gravissima. La condizione di disabilità gravissima è accertata e certificata da un Medico Specialista del Servizio Sanitario Nazionale, in cui si attesti la sussistenza di almeno una delle condizioni previste dall'art. 3 comma 2 Decreto ministeriale n.26 9/2016 e della Deliberazione Regione Lazio 104/2017.
- Certificazione ISEE 2020 del nucleo familiare
- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del destinatario dell'intervento

- **CONDIZIONE DI DEMENZA O ALZHEIMER:**

- Certificazione di malattia di Alzheimer o demenza su base degenerativa/vascolare/mista con certificazione di punteggio conseguito al test MMSE (Mini Mental State Examination) uguale o inferiore a 18/30;
- Certificazione ISEE 2020 del nucleo familiare
- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del destinatario dell'intervento

Il sottoscritto è consapevole che questa domanda presentata priva della documentazione obbligatoria richiesta sarà rigettata.

IL sottoscritto è informato che successivamente alla presentazione della domanda verrà contattato da un operatore dei Servizi Distrettuali per concordare una visita domiciliare o ambulatoriale utile alla Valutazione globale del Bisogno socioassistenziale della persona destinataria dell'intervento. Il punteggio determinato dalla valutazione del bisogno socioassistenziale e il punteggio derivante dall'ISEE, determineranno un punteggio totale e l'inserimento nella graduatoria distrettuale che determinerà l'entità delle prestazioni e del finanziamento assegnato.

Il sottoscritto è informato che i criteri per l'attribuzione delle risorse e le modalità di gestione delle stesse da parte degli utenti saranno definiti con apposita determinazione dal nostro Ente prima della pubblicazione della graduatoria distrettuale degli utenti ammissibili a finanziamento.

Il sottoscritto si impegna a presentare quando richieste relazioni e comunicazioni circa l'andamento e l'efficacia degli interventi, rendicontazione delle prestazioni effettuate e delle spese sostenute.

Il sottoscritto conferisce ai Servizi Sociali della Comunità Montana del Velino il proprio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2003 all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679

Luogo e data.....

Firma del richiedente

Consegnato in data.....

Presso

Firma per l'Ufficio ricevente

COMUNE DI CASTEL S. ANGELO

Provincia di Rieti

CRON. 905

PUBBLICATO DAL 26.6.2020

AL 6.7.2020 PER GIORNI 30

CONSECUTIVI, E SUL SITO WEB DEL COMUNE

IL MESSO

ADDIZIONE ALLA PUBBLICAZIONE

