

# **Consorzio Intercomunale dei Servizi e Interventi Sociali** **“Valle del Tevere”**

**Codice Fiscale 97874100585**

*Comuni di Campagnano di Roma, Capena, Castelnuovo di Porto, Civitella San Paolo, Fiano Romano, Filacciano, Formello, Magliano Romano, Mazzano Romano, Morlupo, Nazzano, Ponzano Romano, Riano, Rignano Flaminio, Sacrofano, Sant'Oreste, Torrita Tiberina*

## **AVVISO PUBBLICO PER LA CONCESSIONE DI INTERVENTI DI ASSISTENZA E SOSTEGNO A FAVORE DI PAZIENTI AFFETTI DA SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica)**

Vista la legge dell'8 novembre 2000, n. 328: “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;

Vista la D.G.R. n. 233/12 recante “Approvazione del programma attuativo degli interventi a favore di persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) ai sensi del decreto interministeriale 11/11/2011;

Vista la Determinazione Regionale n. B08766 del 12/11/2012 con la quale si dà attuazione alla DGR di cui sopra;

Vista la Determinazione Regionale n. G17471 del 31.12.2015 avente per oggetto l'attuazione della D.G.R. 233/12 – programma regionale degli interventi in favore di persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), copertura del servizio di assistenza domiciliare, componente sociale. Esercizio finanziario 2015;

Vista la Determinazione n. 321 del 21.12.2015, con la quale il Comune di Formello, già ente Capofila del Distretto Socio-sanitario RM/F4, ha approvato il PdZ 2015, nel quale sono inseriti gli interventi a favore di soggetti affetti da SLA, nella Misura 3.2;

### **SI RENDE NOTO**

Che in applicazione della normativa sopracitata, i pazienti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) o i familiari (*caregiver*) che ne garantiscono l'assistenza, residenti nei comuni del Consorzio Valle del Tevere, possono presentare istanza per la concessione di interventi di assistenza e sostegno.

Il *caregiver* è il referente familiare che si prende cura per più tempo dell'assistito, che svolge una funzione di assistenza diretta alla persona, ed è coinvolto nella cura quotidiana della stessa.

L'intervento viene realizzato attraverso programmi di aiuto alla persona realizzati attraverso i piani personalizzati (PAI) concordati tra i Servizi Sociali del comune di residenza e il paziente/familiare.

Per coloro ai quali è già stato riconosciuto, a seguito di altro avviso pubblico, il medesimo intervento oggetto del presente avviso, saranno tenuti a presentare all'Ufficio di Piano del Consorzio una richiesta di continuità dell'intervento e a comunicare eventuali modifiche della stadiazione della malattia.

**La concessione dell'intervento avrà la durata di mesi dodici a decorrere dall'ammissione della domanda.**

### **TIPOLOGIA DI INTERVENTI**

Gli interventi riconosciuti e richiesti a scelta dell'utente o del familiare sono i seguenti:

- A. Assistenza domiciliare nella forma diretta o indiretta (quest'ultima espletata attraverso l'assunzione di assistenti familiari debitamente formati che hanno con la famiglia un rapporto di tipo “non familiare” o in alternativa attraverso la sottoscrizione di una convenzione con Enti Assistenziali Privati o Organismi di Terzo Settore);

B. Istanza di sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare - *caregiver*.

In caso di scelta di sostegno economico, ipotesi B, **è prevista la corresponsione del 50% dell'importo massimo previsto** ed indicato nello schema di seguito riportato.

Il contributo massimo è così stabilito:

Stadiazione malattia		Importo massimo mensile previsto
I livello	deficit moderato	€ 300,00
II livello	deficit medio-grave	€ 500,00
III livello	deficit grave	€ 1.200,00
IV livello	deficit completo	€ 2.000,00

La D.G.R. 233/2012 consente all'utente o al familiare *caregiver* la facoltà di scegliere, in modo alternativo, la modalità assistenziale sulla base di un progetto personalizzato, predisposto dal Servizio Sociale di residenza di concerto con l'utente e/o la famiglia, che sarà attuato dal Consorzio. L'intervento a favore delle persone affette da SLA è da considerarsi "integrativo" rispetto ad altri interventi sanitari e/o socio-sanitari già in essere.

L'entità dell'intervento sociale e assistenziale è commisurato alla stadiazione della malattia e potrà essere commisurato al contesto socio-economico dell'utente qualora il servizio sociale di residenza ne ravveda la necessità.

Gli interventi di assistenza e sostegno sono incompatibili con il ricovero residenziale in struttura sanitaria o socio-sanitaria.

### **PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE**

La domanda per la concessione di interventi di assistenza e sostegno per i pazienti malati di SLA, che avrà valore di autocertificazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, dovrà essere compilata, su appositi moduli disponibili presso gli uffici dei Servizi Sociali dei Comuni del Consorzio, presso il Punto Unico di Accesso (PUA) nella sede Asl di Campagnano di Roma, Via Adriano I n. 8, tel 0696669769 il martedì dalle ore 09:30 alle ore 13:30, o scaricabili sul sito istituzionale del Consorzio [www.consorziovalledeltevere.it](http://www.consorziovalledeltevere.it).

La domanda dovrà pervenire al protocollo generale del **Consorzio Valle del Tevere – Ufficio Piano di Zona – c/o Comune di Formello, Piazza San Lorenzo n. 8, 00060 Formello RM**, in qualsiasi periodo dell'anno, tramite un plico debitamente chiuso e controfirmato su tutti i lembi di chiusura in maniera da garantirne l'integrità.

Il plico, oltre al nome e all'indirizzo del mittente, dovrà riportare la dicitura **NON APRIRE – DOCUMENTI CONCESSIONE INTERVENTI DI ASSISTENZA E SOSTEGNO SLA – CONSORZIO VALLE DEL TEVERE**.

Le domande potranno pervenire a mano, con raccomandata A/R, mediante agenzie di recapito autorizzate, o tramite PEC all'indirizzo [info@pec.consorziovalledeltevere.it](mailto:info@pec.consorziovalledeltevere.it).

Non saranno prese in considerazione le domande incomplete.

### **DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA**

- Copia fronte/retro del documento di identità in corso di validità del richiedente e del paziente;
- Certificazione rilasciata dai Presidi Regionali di riferimento per la SLA (Policlinico Gemelli oppure Ospedale S. Filippo Neri, di Roma) che documenti la diagnosi e certifichi lo stadio della malattia del paziente;
- Allegato A "Coordinate Bancarie";

- Allegato B "PAI" predisposto dal Servizio Sociale del Comune di residenza dell'utente di concerto con l'utente e/o la sua famiglia.

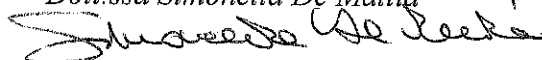
Per informazioni rivolgersi all'Ufficio Piano del Consorzio, tel. 06 90146695; 06 90194606-607-608 nei giorni di lunedì/mercoledì/venerdì, ore 10:30/12:00, e martedì/giovedì, ore 15:30/ 17:00 e presso il Punto Unico di Accesso (PUA) nella sede Asl di Campagnano di Roma, Via Adriano I n. 8, tel 06 96669769 il martedì dalle ore 09:30 alle ore 13:30.

Il Responsabile del Procedimento è Simonetta De Mattia, Direttore del Consorzio Valle del Tevere, Tel. 06 90146695 – 90194606 - Fax 06 9089577 –

E-mail [direttore@consorziovalledeltevere.it](mailto:direttore@consorziovalledeltevere.it)

**Il Direttore**

*Dott.ssa Simonetta De Mattia*



Approvato con Determinazione n. 7 del 06.04.16  
Prot. n. 312 del 06.04.2016

SPETT.LE  
CONSORZIO VALLE DEL TEVERE  
c/o COMUNE DI FORMELLO  
PIAZZA S. LORENZO , 8  
00060 FORMELLO RM

**DOMANDA DI ACCESSO PER LA CONCESSIONE DI INTERVENTI DI ASSISTENZA E  
SOSTEGNO A FAVORE DI PAZIENTI AFFETTI DA SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica)**

Il/la sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

*in qualità di persona affetta da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)*

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Stato Civile \_\_\_\_\_

**OVVERO**

Il/la sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**in qualità di:**

- tutore
- curatore
- amministratore di sostegno
- familiare

**del sig./sig.ra**

(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

Stato Civile \_\_\_\_\_ affetto/a da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)

## CHIEDE

La concessione di interventi di assistenza e sostegno, così come previsto dalla D.G.R. n. 233/12 a favore delle persone affette da SLA.

L'intervento richiesto verrà utilizzato per:

*(barrare la casella desiderata)*

- A. Progetti finalizzati a realizzare o potenziare, laddove esistano, percorsi di assistenza domiciliare nella forma diretta o indiretta mediante personale qualificato;
- B. Sostegno economico volto al riconoscimento del lavoro di cura del familiare *caregiver*.

### A TAL FINE DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, a conoscenza di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei benefici acquisiti a seguito di dichiarazioni non veritiere,

- Che il paziente affetto da SLA è residente in uno dei comuni del Consorzio;
- Di essere a conoscenza che il contributo in questione verrà sospeso in caso di ricovero in RSA, in Hospice o in caso di ricovero di sollievo, per essere ripristinato una volta conclusasi la fase di ricovero;
- Di essere a conoscenza che il Consorzio, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle normative vigenti.

Indica i dati anagrafici e i recapiti del familiare/*caregiver* di cui ha necessità quotidiana di aiuto e supporto:

*(nel caso si tratti di persona diversa dal richiedente e familiare)*

(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

- convivente
- non convivente

### ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA

- Copia fronte/retro documento di identità in corso di validità del richiedente e del paziente;
- Certificazione rilasciata dai Presidi Regionali di riferimento per la SLA (Policlinico Gemelli oppure Ospedale S. Filippo Neri, di Roma) che documenti la diagnosi e certifichi lo stadio della malattia del paziente;
- Allegato A "Coordinate Bancarie",
- Allegato B PAI predisposto dal Servizio Sociale di residenza di concerto con l'utente e/o la sua famiglia.

*Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole e di accettare che i dati conferiti con la presente domanda saranno trattati da personale incaricato dal Consorzio "Valle del Tevere", e/o trasferiti a terzi, per le sole finalità connesse alla procedura in argomento, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003.*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

ALL A

SPETT.LE  
CONSORZIO VALLE DEL TEVERE  
c/o COMUNE DI FORMELLO  
PIAZZA S. LORENZO , 8  
00060 FORMELLO RM

**COMUNICAZIONE COORDINATE BANCARIE**

Il/la sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

*in qualità di*

- persona affetta da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA);
- tutore
- curatore
- amministratore di sostegno
- familiare
- caregiver *(nel caso si tratti di persona diversa dal richiedente e familiare)*

del sig./sig.ra

(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

paziente affetto da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA);

**CHIEDE**

che le somme concesse per interventi di assistenza e sostegno a favore di pazienti affetti da SLA vengano accreditate sul seguente c/c:

Banca: \_\_\_\_\_

IBAN:

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

ALL B

COMUNE DI .....

SPETT.LE  
CONSORZIO VALLE DEL TEVERE  
c/o COMUNE DI FORMELLO  
PIAZZA S. LORENZO , 8  
00060 FORMELLO RM

**PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI) A FAVORE DI PERSONE  
AFFETTE DA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA (SLA)**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Livello stadiazione malattia:       1°       2°       3°       4°

**AMBITO FAMILIARE E CONTESTO AMBIENTALE  
Rete familiare e sociale**

▪ **Presenza di familiare Care Giver**

NO

SI

Se SI, specificare mediamente per quante ore a giornaliero risulta impegnato: \_\_\_\_\_

▪ **Presenza di Care Giver privato**

NO

SI

Se SI, specificare mediamente per quante ore a giornaliero risulta impegnato: \_\_\_\_\_

▪ **Interventi attivati da Enti di Terzo Settore e/o Associazioni di Volontariato:**



Se SI, specificare quali:

---

---

**INTERVENTI GIA' IN ATTO<sup>1</sup>**

**INTERVENTI SOCIO-SANITARI**

**Ambito Sociale**

Assistenza Economica *Continuativa* € \_\_\_\_\_

*Straordinaria* € \_\_\_\_\_

Assistenza Domiciliare Comunale Diretta *n° ore sett.li* \_\_\_\_\_

Assistenza Domiciliare Comunale Indiretta *n° ore sett.li* \_\_\_\_\_

Trasporto per accompagnamento

Altri Interventi (specificare quali e la frequenza settimanale):

---

---

---

✓ Operatori referenti o nominativo della struttura: \_\_\_\_\_

✓ Servizi Coinvolti: \_\_\_\_\_

**Ambito Sanitario**

Fisioterapia

---

<sup>1</sup> Tutti gli interventi prevedono la predisposizione di specifici *progetti individualizzati e integrati* con i servizi di cui l'utente eventualmente già fruisce.

- Psicoterapia n° ore sett.li \_\_\_\_\_
- Terapia Familiare n° ore sett.li \_\_\_\_\_
- Controlli periodici \_\_\_\_\_
- Terapia Farmacologica \_\_\_\_\_
- Trasporto per attività sanitarie \_\_\_\_\_
- Altri interventi socio sanitari \_\_\_\_\_
- ✓ Operatori referenti o nominativo della struttura: \_\_\_\_\_
- ✓ Servizi Coinvolti: \_\_\_\_\_

**PROGETTO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO**

Bisogni di cura del beneficiario:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Adeguatezza del supporto familiare e ambientale:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Altre informazioni (presenza di altri disabili certificati ai sensi della L.104/92, presenza di minori, ultra sessantacinquenni o altre informazioni ritenute utili alla valutazione del caso)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO

Tenuto conto delle condizioni di vita dell'utente e considerati gli interventi già attivati in suo favore, così come descritto analiticamente nelle singole schede che accompagnano e integrano il presente progetto d'intervento, si ritiene di definire i seguenti:

#### Obiettivi

generali: \_\_\_\_\_

specifici: \_\_\_\_\_

**Azioni, Attività e Interventi svolti dal caregiver O delegate all'Organismo di Terzo settore:** *(a seconda della scelta dell'intervento richiesto)*

- aiuto nella cura dell'igiene della persona;
- aiuto nella cura e igiene dell'ambiente domestico;
- disbrigo pratiche;
- accompagnamento a visite mediche;
- preparazione pasti;
- somministrazione pasti;
- altro: \_\_\_\_\_

#### Servizi e Attori Coinvolti nella Gestione e Verifica dell' Intervento:

- Servizio Sociale Comunale: \_\_\_\_\_
- Servizio ASL : \_\_\_\_\_
- Cooperativa Sociale Convenzionata: \_\_\_\_\_

- Associazioni non profit: \_\_\_\_\_
- Altri organismi: \_\_\_\_\_
- Familiari: \_\_\_\_\_
- Volontari/Obiettori/Amici ecc.: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

*Firma utente o familiare*

\_\_\_\_\_

*Firma dell'Assistente Sociale*

\_\_\_\_\_

*Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole e di accettare che i dati conferiti con la presente domanda saranno trattati da personale incaricato dal Consorzio "Valle del Tevere", e/o trasferiti a terzi, per le sole finalità connesse alla procedura in argomento, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003.*

Data \_\_\_\_\_

*Firma utente o familiare*

\_\_\_\_\_