



CITTÀ DI MANOPPELLO (PE)

(Titolo concesso con D.P.R. del 13 luglio 2004 – C.C. n. 49/2004)

Via Salvo D'Acquisto, 1 – C.A.P. 65024

P. IVA 00947010682 - C.F. 81000530683

ecad.sociale17@gmail.com – PEC: ecad.montagnapescarese@legalmail.it

Tel.: 0858590003 – Fax: 0858590895

UFFICIO DI PIANO ENTE DI AMBITO SOCIALE
DISTRETTUALE N. 17 "MONTAGNA PESCARERE"

Ai Comuni dell'ADS n. 17 "Montagna Pescara"
Alla c.a Sindaco e Assessore Servizi Sociali
Alla c.a. Resp. Servizi Sociali
LORO SEDI

Oggetto: informativa "Avviso Regione Abruzzo per l'erogazione dei contributi economici finalizzati al riconoscimento e alla valorizzazione del lavoro di cura del genitore – caregiver" fondi 2020.

In qualità di responsabile Ufficio di Piano dell'ECAD 17 "Montagna Pescara", per opportuna conoscenza e al fine di darne massima diffusione, con la presente trasmetto in allegato copi dell'avviso di pari oggetto con gli allegati previsti, pubblicato dalla Regione Abruzzo in data 18.11.2020.

Nell'evidenziare che le richieste devono essere inoltrate di diretti interessati entro le ore 24:00 del 9 dicembre 2020, resto disponibile e saluto cordialmente.

Manoppello, 19.11.2020



L'Ufficio di Piano ECAD 17

(Dott. Massimiliano Esposito)

**AMBITO
DISTRETTUALE
SOCIALE**
Montagna Pescara

Regione Abruzzo

Contributi economici finalizzati al riconoscimento e alla valorizzazione del lavoro di cura del genitore - caregiver

PUBBLICATO: 18 NOVEMBRE 2020

ULTIMO AGGIORNAMENTO: 19 NOVEMBRE 2020

Pubblicata sul BURAT Speciale n. 182 del 18 novembre 2020 la Deliberazione di Giunta Regionale n. 681 del 10.11.2020 avente ad oggetto "Criteri e modalità per la erogazione di contributi economici, per l'anno 2020, finalizzati al riconoscimento e alla valorizzazione del lavoro di cura del genitore-caregiver che assiste minori affetti da una malattia rara e in condizioni di disabilità gravissima che necessitano di un'elevata intensità assistenziale nelle 24 ore. Approvazione Avviso."

La Giunta Regionale con la D.G.R. n. 681 del 10.11.2020 ha approvato i criteri e modalità per la erogazione di contributi economici, per l'anno 2020, finalizzati al riconoscimento e alla valorizzazione del lavoro di cura del genitore familiare-caregiver, che assiste minori affetti da una malattia rara e in condizioni di disabilità gravissima.

I soggetti interessati devono presentare richiesta di partecipazione all'avviso **esclusivamente a mezzo PEC** (posta elettronica certificata) all'indirizzo: dpg023@pec.regione.abruzzo.it; l'invio può essere fatto da indirizzo di posta elettronica certificata intestato al soggetto richiedente o avvalendosi dell'ausilio dei Patronati; l'oggetto della PEC deve riportare la seguente dicitura: "Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del genitore - caregiver Anno 2020". L'invio a mezzo PEC deve essere completo dell'istanza di contributo e di ogni altro allegato o documento richiesto dall'Avviso.

Si informa che, stante la festività dell'8 dicembre, le istanze, a pena di esclusione, devono essere trasmesse **entro e non oltre le ore 24:00 del 9 dicembre 2020**.

Ogni informazione può essere richiesta ai seguenti recapiti e-mail:

Cristina Di Baldassarre: c.dibaldassarre@regione.abruzzo.it

Antonino Di Tollo: antonino.ditollo@regione.abruzzo.it

Documenti:

☒ Avviso

☒ Modello di domanda

☒ Certificazione disabilità

REGIONE
ABRUZZO



GIUNTA REGIONALE
Dipartimento Lavoro – Sociale
Servizio Tutela Sociale - Famiglia

ALLEGATO A

AVVISO

Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste minori affetti da una malattia rara di cui all'Allegato 7 al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 e. s. m. e i. e in condizioni di disabilità gravissima che necessitano di una elevata intensità assistenziale nelle 24 ore.

Criteri e modalità per la erogazione di contributi per l'anno 2020



PREMESSE E FINALITÀ

Il presente intervento persegue l'obiettivo di favorire il più possibile la permanenza nel proprio domicilio dei minori affetti da una malattia rara, come da classificazione ed elencazione dell'Allegato 7 al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017, pubblicato nel *Supplemento ordinario n. 15 alla GAZZETTA UFFICIALE – Serie Generale n. 65 del 18.3.2017*, e. s. m. e i., malattia che determina una disabilità gravissima, riscontrabile da una condizione di dipendenza vitale per la quale è necessaria un'assistenza domiciliare continua nelle 24 ore.

Si definiscono criteri e modalità per l'assegnazione di contributi, per l'anno 2020, alle famiglie in possesso di specifici requisiti e impegnate in maniera continuativa nelle attività di cura del minore affetto da malattia rara e in condizione di disabilità gravissima.

L'ammontare complessivo dei contributi erogabili è fissato in € 600.000,00 e il relativo onere è coperto con appositi stanziamenti iscritti al bilancio pluriennale regionale.

Art. 1 Contributo economico

Il contributo da assegnare ad ogni nucleo familiare ammesso a finanziamento sulla base del possesso dei requisiti richiesti e fino alla concorrenza dello stanziamento disponibile è fissato in € 10.000,00.

Il contributo è compatibile con altri benefici e/o servizi fruiti, tranne che con l'Assegno disabilità gravissima erogato con le risorse del Fondo nazionale Non Autosufficienza.

Art. 2 Destinatari

Possono presentare istanza di accesso al contributo economico i genitori conviventi, inoccupati o disoccupati, residenti nella Regione Abruzzo, nel cui nucleo familiare sono presenti figli minori affetti da malattie rare, (*come elencate nell'allegato 7 al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 e. s. m. ed i.*) croniche, gravi e invalidanti che comportano una disabilità gravissima che richiede cure tempestive, intensive e continue nelle 24 ore da parte dei familiari. Ai fini della presente procedura, la disabilità gravissima del minore con malattia rara è



certificata dal Pediatra di libera scelta o dal medico convenzionato per l'assistenza primaria che lo ha in cura, quando ricorrono le condizioni riportate all'allegato C del presente Avviso.

Nel caso di cittadini di Paesi Terzi, essi devono essere in possesso del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo con validità di almeno un anno alla data di presentazione della domanda.

Art. 3 Modalità per la presentazione delle istanze

A pena di esclusione, l'istanza di accesso ai benefici previsti dal presente provvedimento deve essere formulata dal genitore interessato, disoccupato o inoccupato, utilizzando il modello "ISTANZA DI ACCESSO AL CONTRIBUTO ECONOMICO Anno 2020", Allegato B, e trasmessa, entro e non oltre il 20° giorno dalla pubblicazione del presente atto sul BURAT, esclusivamente a mezzo PEC (posta elettronica certificata) all'indirizzo: dpg023@pec.regione.abruzzo.it; l'invio può essere fatto da indirizzo di posta elettronica certificata intestato al soggetto richiedente o avvalendosi dell'ausilio dei Patronati; l'oggetto della PEC deve riportare la seguente dicitura: **"Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver Anno 2020"**. L'invio a mezzo PEC deve essere completo dell'istanza di contributo e di ogni altro allegato o documento richiesto dall'Avviso; ai fini dei termini di scadenza, la validità della trasmissione del messaggio di posta elettronica certificata è attestata dalla ricevuta di accettazione e dalla ricevuta di avvenuta consegna fornite dal gestore di posta elettronica.

L'Amministrazione regionale non risponde di eventuali disguidi nell'invio dell'istanza che dovessero verificarsi e dai quali potrebbe risultare un pregiudizio non sanabile sull'ammissione al beneficio dei potenziali destinatari.

L'istanza di partecipazione, Allegato B, deve essere corredata dei seguenti documenti:

- a. Certificazione rilasciata da una struttura sanitaria pubblica attestante la sussistenza di **malattia rara** a carico del minore con riportato il **relativo codice di classificazione** ai sensi dell'Allegato 7 al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 e s. m. ed i.. Fermo restando la certificazione della struttura sanitaria pubblica attestante la malattia rara, il Codice di



GIUNTA REGIONALE
Dipartimento Lavoro – Sociale
Servizio Tutela Sociale - Famiglia

classificazione della malattia rara può essere prodotto anche con documento separato rilasciato dalla propria ASL di appartenenza, da allegare all'istanza.

- b. Modulo Allegato C, compilato e sottoscritto a cura dal medico convenzionato per la pediatria di libera scelta, oppure dal medico convenzionato per l'assistenza primaria, che ha in carico il /la minore assistito/a, attestante la condizione di paziente in situazione di disabilità gravissima. **Ai fini del presente Avviso la condizione di disabilità gravissima ricorre quando sono presenti le condizioni specificate nelle note contrassegnate da asterisco riportate nello stesso allegato C.** La sottoscrizione da parte del Medico curante deve essere completata con l'apposizione del proprio timbro, firma e data. Dovrà essere cura del medico compilare la certificazione in modo da non consentire malintesi all'atto della verifica da parte degli uffici regionali. **Non saranno ritenuti ammissibili certificazioni contenenti cancellature o sovrascritte.**
- c. Attestazione ISEE in corso di validità con riferimento ai redditi dell'intero nucleo familiare.
- d. Copia del documento d'identità, in corso di validità, del genitore che produce istanza.
- e. Copia del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo in corso di validità del soggetto richiedente (laddove ricorre il caso).

Il richiedente è tenuto a fornire un indirizzo e-mail, non necessariamente di Posta Elettronica Certificata se non in possesso, idoneo a ricevere comunicazioni da parte degli uffici regionali; non sono previste comunicazioni per posta ordinaria.

Art. 4 Condizioni di ricevibilità

Non sono considerate ricevibili le istanze trasmesse con modalità difformi e oltre i termini previsti all'Art. 3.

Art. 5 Condizioni di ammissibilità

Il Dirigente del Servizio competente procede alla costituzione con proprio atto di un Gruppo di Lavoro per l'esame di ammissibilità delle istanze che hanno superato l'esito di ricevibilità.



GIUNTA REGIONALE
Dipartimento Lavoro – Sociale
Servizio Tutela Sociale - Famiglia

Non sono considerate ammissibili le istanze:

- prive anche di un solo documento previsto all'Art. 3, comma 3;
- presentate da soggetti diversi da quelli previsti all'Art. 2;
- il cui allegato C non sia compilato uniformemente a quanto prescritto al precedente art. 3, c. 3, e/o sia privo di data, firma e timbro del medico certificatore.

L'assenza dei requisiti richiesti, come declinati dal presente Avviso, comporta la conclusione del procedimento con reiezione della istanza.

Art. 6 Attività istruttoria e assegnazione delle risorse

Il Gruppo di lavoro trasferisce gli esiti dell'esame di ammissibilità delle istanze al Servizio regionale competente per gli adempimenti successivi il quale procede alla redazione della graduatoria, formulata in funzione del minor reddito familiare derivante dalla dichiarazione ISEE allegata all'istanza dichiarate ammissibili, e alla assegnazione del contributo di € 10.000,00 cadauno ai primi classificati fino alla concorrenza dell'ammontare della disponibilità finanziaria.

Il Servizio provvede a dare comunicazione degli esiti alle e-mail che i richiedenti avranno avuto cura di comunicare in sede di istanza; non sono previste comunicazioni per posta ordinaria.

Gli esiti della procedura saranno comunque resi noti mediante pubblicazione sul sito Web della Regione Abruzzo. www.regione.abruzzo.it.

Art. 7 Liquidazione dei contributi

La liquidazione dei contributi a favore dei soggetti beneficiari è disposta come segue:

- Il 70% del contributo, assegnato in acconto, è erogato successivamente alla approvazione della graduatoria.
- Il 30% a saldo del contributo assegnato è erogato a seguito della presentazione di una relazione semestrale trasmessa al Servizio regionale competente da parte del Servizio Sociale dell'Ambito Distrettuale Sociale che ha in carico il minore, nella quale si attesti la permanenza dei requisiti che hanno dato luogo alla concessione del contributo (permanenza

del minore nella casa familiare, stato di inoccupazione o disoccupazione del caregiver beneficiario).

Qualora durante il periodo di fruizione del contributo economico dovesse venir meno una delle condizioni che hanno dato luogo all'assegnazione del contributo stesso, il genitore beneficiario si impegna a darne tempestivamente notizia per iscritto al Servizio regionale "Tutela Sociale – Famiglia" che procederà alla adozione dell'atto di revoca del contributo e di decadenza dal beneficio.

L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese nella domanda e nei relativi allegati. Qualora dal controllo emerga la non veridicità di quanto dichiarato o la falsità dei documenti allegati, il richiedente decade dai benefici eventualmente conseguiti, fermo restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 del Decreto del Presidente della Repubblica n. 445 del 28 dicembre 2000.

I dati e le informazioni acquisite sono utilizzati ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, esclusivamente per le finalità relative al presente procedimento.

Cristina Di Baldassarre, e-mail: c.dibaldassarre@regione.abruzzo.it
 Antonino Di Tollo, e-mail: antonino.ditollo@regione.abruzzo.it

**ALLEGATO B**

Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste minori affetti da una malattia rara di cui all'Allegato 7 del Decreto del Presidente del consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 e s. m. e i., in condizioni di disabilità gravissima che necessitano di una elevata intensità assistenziale nelle 24 ore

ISTANZA PER L'ACCESSO AL CONTRIBUTO ECONOMICO Anno 2020

Da inviare esclusivamente a mezzo PEC

Spett.le
REGIONE ABRUZZO
DIPARTIMENTO LAVORO - SOCIALE
SERVIZIO "TUTELA SOCIALE – FAMIGLIA"
PESCARA
PEC: dpg023@regione.abruzzo.it

OGGETTO: Istanza di accesso al contributo economico – Anno 2020.

IL/La sottoscritto/a _____

Codice fiscale n.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

con la presente inoltra formale istanza di contributo economico, per l'anno 2020, in favore di genitori conviventi, inoccupati o disoccupati, residenti nella Regione Abruzzo che hanno nel proprio nucleo familiare figli minori affetti da malattie rare certificate, croniche, gravi ed invalidanti come definite dall'Allegato al DPCM 12.01.2017 che comportino una disabilità gravissima e necessitano di una elevata intensità assistenziale nelle 24 ore, cure tempestive, intensive e continue da parte dei familiari stessi.

A tal fine, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R., 28-12-2000, n. 445, i propri dati anagrafici:

COGNOME	
NOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
RESIDENZA: indirizzo	
CAP	
COMUNE	
PROVINCIA	
RECAPITI TELEFONICI	
INDIRIZZO E-MAIL o PEC (obbligatorio)	

DICHIARA INOLTRE:

2. DI ESSERE IMPEGNATO/A IN SERVIZI DI CURA E ASSISTENZA CONTINUA NELLE 24 ORE DEL FIGLIO MINORE CONVIVENTE AFFETTO DA MALATTIA RARA:

3. DI AVERE IL SEGUENTE REDDITO ISEE € _____
(desunto dall'attestazione ISEE in corso di validità riferito al nucleo familiare di appartenenza)

5. CHE IL CONTRIBUTO ECONOMICO ASSEGNATO SARÀ UTILIZZATO ESCLUSIVAMENTE PER IL LAVORO DI CURA NEI CONFRONTI DEL MINORE ASSISTITO

6. CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE **NON È** ALLA DATA ODIERNA ASSEGNATARIO DELL'ASSEGNO DISABILITÀ GRAVISSIMA EROGATO CON LE RISORSE DEL FONDO NAZIONALE NON AUTOSUFFICIENZA A FAVORE DEL FIGLIO MINORE PER CUI SI RIVOLGE ISTANZA.

7. COMUNICA ai fini dell'erogazione del contributo, e ai fini e nel rispetto della Legge n. 136/2010:
- che il conto corrente (bancario o postale) sul quale accreditare il contributo regionale richiesto, intestato o cointestato al/alla beneficiario/a, è il seguente:

IBAN:

[illegible]

presso _____

intestato a



ALLEGATO B

che le persone abilitate a operare sul suddetto conto oltre al/alla sottoscritto/a sono esclusivamente le seguenti (indicare il Codice Fiscale di ognuno):

Sig./a _____

Codice Fiscale cointestatario del conto

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sig./a _____

Codice Fiscale cointestatario del conto

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Qualora, durante il periodo di fruizione del contributo economico, dovesse venir meno una delle condizioni che hanno dato luogo all'assegnazione del contributo stesso, cioè la residenza nella Regione Abruzzo, la permanenza del minore nel nucleo familiare e lo stato di inoccupazione o disoccupazione del richiedente, il sottoscritto si impegna a darne tempestivamente comunicazione scritta al Servizio "Tutela Sociale – Famiglia" della Regione Abruzzo.

AUTORIZZA

l'Amministrazione Regionale ed ogni altro soggetto formalmente delegato ad effettuare tutte le indagini tecniche ed amministrative dagli stessi ritenute necessarie sia in fase di istruttoria che dopo l'eventuale concessione delle agevolazioni richieste e l'erogazione a saldo delle stesse, anche tramite sopralluoghi e/o acquisizione di documentazioni pertinenti aggiuntive rispetto a quelle espressamente previste dalla normativa;

ALLA PRESENTE DOMANDA ALLEGA:

- 1) certificazione di malattia rara, rilasciata da una struttura sanitaria pubblica attestante la sussistenza di malattia rara e relativo codice di classificazione ai sensi dell'Allegato 7 al DPCM 12.01.2017;
- 2) Allegato C: certificazione di disabilità gravissima redatta dal medico convenzionato per la pediatria di libera scelta, oppure dal medico convenzionato per l'assistenza primaria, che ha in carico l'assistito/a;
- 3) fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del genitore richiedente;
- 4) attestazione del reddito ISEE del nucleo familiare, in corso di validità,
- 5) permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo in corso di validità (**laddove ricorre il caso**).

Il/La sottoscritto/a autorizza l'Amministrazione al trattamento dei dati di cui viene in possesso ai fini del presente procedimento ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR - Regolamento UE 2016/679.

(luogo e data) _____

Firma del/la richiedente

**DISABILITÀ GRAVISSIMA
MINORE IN CONDIZIONI DI DIPENDENZA VITALE CON NECESSITÀ DI ASSISTENZA CONTINUATIVA
E DI MONITORAGGIO NELLE 24 ORE**

*Scheda di Valutazione a Cura del Medico convenzionato per la pediatria di libera scelta,
oppure dal medico convenzionato per l'assistenza primaria, che ha in carico l'assistito/a*

Il Dr. _____

Ai fini della valutazione della disabilità gravissima del minore in età pediatrica, che necessita di assistenza nelle 24 ore

attesta

che il/la Minore _____

nato/a a _____ il _____

è affetto/a dalla seguente malattia rara: _____

codice identificativo malattia _____

Presenta inoltre le seguenti compromissioni: (*)

① In almeno una delle condizioni sotto elencate:

(barrare la casella corrispondente)

☐ **MOTRICITÀ**

➤Dipendenza totale in tutte le ADL: l'attività è svolta completamente da un'altra persona	SI	NO
---	----	----

☐ **STATO DI COSCIENZA**

➤Compromissione severa: raramente/mai prende decisioni	SI	NO
➤Persona non cosciente	SI	NO

② E in almeno una delle seguenti:

☐ **RESPIRAZIONE**

➤Necessita di aspirazione quotidiana	SI	NO
➤Presenza tracheostomia	SI	NO
➤Presenza ventilazione assistita	SI	NO
➤Necessita di macchina della tosse	SI	NO

☐ **NUTRIZIONE**

➤Necessita di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi	SI	NO
➤Combinata orale e enterale/parenterale	SI	NO
➤Solo tramite sondino naso-gastrico (SNG)	SI	NO
➤Solo tramite gastrostomia (es. PEG)	SI	NO
➤Solo parenterale (attraverso catetere venoso centrale CVC)	SI	NO

Luogo e data _____

(FIRMA E TIMBRO del Medico)

(*)La condizione, al fine della presentazione della domanda, è che l'assistito presenti almeno due compromissioni, una per ciascun dominio, (di cui al punto ① e al punto ② del presente modulo), ad ECCEZIONE di coloro che versano nelle condizioni sotto riportate, per le quali è sufficiente un'unica condizione:

☒ nel dominio della "RESPIRAZIONE" **ventilazione assistita** (invasiva o non invasiva);

☒ nel dominio della "NUTRIZIONE" in **alimentazione parenterale attraverso catetere venoso centrale**.