



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

FONDO NON AUTOSUFFICIENZA GRAVISSIMA – F.N.A. ANNO 2016
DELIBERA AZIENDALE N. 555 DEL 15.07.2020 PUBBLICATA SULL'ALBO PRETORIO ASP COSENZA

AVVISO ALL'UTENZA

SI AVVISA L'UTENZA INTERESSATA AL BANDO RELATIVO AGLI INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISABILITA' GRAVISSIME ANNO 2016 CHE LE MODALITA' DELLA PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE SONO QUELLE PREVISTE DALL' AVVISO IN ALLEGATO CON IL RELATIVO MODELLO DI DOMANDA.

LE DOMANDE, CORREDATE DA TUTTA LA DOCUMENTAZIONE PREVISTA , DOVRANNO PERVENIRE ENTRO LE ORE 12:00 DEL TRENTESIMO GIORNO SUCCESSIVO ALLA DATA DELLA PUBBLICAZIONE DEL PRESENTE AVVISO SECONDO UNA DELLE SEGUENTI MODALITA' :

1. IN BUSTA CHIUSA A MEZZO RACCOMANDATA A/R DA INVIARE ALL'ASP DI COSENZA UFFICIO PROTOCOLLO GENERALE, VIA ALIMENA N.8 – 87100 COSENZA, FACENDO FEDE IL TIMBRO POSTALE, INDICANDO ALL'ESTERNO DELLA BUSTA "AVVISO DISABILITÀ GRAVISSIME – FNA ANNO 2016" - DISTRETTO DI APPARTENENZA;
2. TRAMITE PEC ALL'INDIRIZZO: PROTOCOLLO@PEC.ASP.COSENZA.IT , INDICANDO NELL'OGGETTO: "AVVISO DISABILITÀ GRAVISSIME – FNA ANNO 2016" - DISTRETTO DI APPARTENENZA;
3. IN BUSTA CHIUSA, A MANO, PRESSO L'UFFICIO PROTOCOLLO GENERALE DELL'ASP DI COSENZA, VIA ALIMENA N.8 – 87100 COSENZA, NEI GIORNI DAL LUNEDI AL VENERDI DALLE ORE 9:30 ALLE ORE 10:30. INDICANDO ALL'ESTERNO DELLA BUSTA "AVVISO DISABILITÀ GRAVISSIME – FNA ANNO 2016" - DISTRETTO DI APPARTENENZA.

AVVISO PUBBLICO
INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONI DI DISABILITA'
GRAVISSIMA
"F.N.A. (Fondo per le Non Autosufficienza) anno 2016"

Erogazione contributo da destinare alla persona con disabilità gravissima che necessita di assistenza continuativa nelle 24 ore per servizi assistenziali e per l'attività di caregiver dei familiari.

PREMESSA

Vista la Legge n. 328/2000 " legge quadro per la realizzazione del Sistema integrato di interventi e Servizi Sociali";

Vista la Legge Regionale n. 23/2003 "realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali nella Regione Calabria(in attuazione alla L.N. 328/2000)" s.m.i.;

Vista la delibera di Giunta Regionale n. 399 del 28 agosto 2019 recante "Variazione al bilancio di previsione, al documento tecnico di accompagnamento e al bilancio gestionale 2019/2021 e annualità successive- Dipartimento Lavoro, Formazione e Politiche Sociali" con la quale sono stati istituiti i capitoli in relazione all'assegnazione del F.N.A. annualità 2016, nella quale, per la parte che riguarda le "disabilità gravissime" ha destinato il 40% del Fondo alle Aziende Sanitarie per la realizzazione di interventi nel campo delle disabilità gravissime, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica in conformità all'art.3 del Decreto Interministeriale del 14 maggio 2015;

Visto il D.M. del 26.settembre 2016 contenente le schede di valutazione delle Disabilità Gravissime;

Visto il Decreto del Dirigente Generale del Dipartimento Regionale Lavoro, Formazione e Politiche Sociali n°17003 del 27 dicembre 2019;

Vista la nota n° 90561 del 02 marzo 2020;

Art. 1

Oggetto:

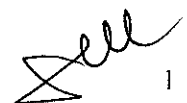
L'ASP di Cosenza attiva, nei limiti delle risorse finanziarie provenienti dalla Regione, pari ad €. 1.972.639,08 (Euro unmilionenovecentosettantaduecentotrentanove/08), giusto Decreto Dirigenziale n. 17003 del 27.12.2019, e la somma di € 477.047,51 residua annualità 2015 per un totale di € 2.449.686,59 interventi in favore di persone in condizioni di disabilità gravissima al fine di supportare il nucleo familiare dell'assistito nella condivisione del carico assistenziale attraverso il trasferimento monetario (contributo di euro 600,00 mensili per un anno) alle rispettive famiglie condizionato all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliare o alla fornitura diretta degli stessi da parte dei familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato di assistenza.

L'intervento sarà monitorato sia dall'ASP che dai Comuni di residenza per verificare la reale efficacia e l'effettivo beneficio per la persona disabile e il nucleo familiare.

Art. 2

Soggetti destinatari

Gli Utenti destinatari del contributo saranno i cittadini residenti nei comuni afferenti all'ASP di Cosenza in condizione di disabilità gravissima ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica e dipendenza vitale che necessita a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria e/o comunque bisognosi di assistenza vigilata da parte di terza persona per garantire l'integrità psico-fisica.


1

Art. 3

Condizioni di disabilità gravissima

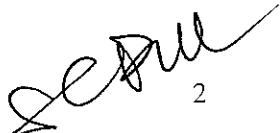
Decreto Ministeriale 26 settembre 2016, con riferimento in particolare all'art. 3 (disabilità gravissime) allegati 1 (scale di valutazione della condizione di disabilità gravissima) e 2 (altre persone in condizione di dipendenza vitale).

Possono presentare istanza di accesso ai contributi i cittadini residenti in uno dei comuni afferenti all'ASP di Cosenza beneficiari dell'indennità di accompagnamento in condizione di disabilità gravissima e/o comunque definite non autosufficienti gravissimi ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013, e per le quali sia verificata 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 (**compilare tabella allegato 1 A**);
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7) (**compilare prospetto allegato 1 B**);
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala *Clinical Dementia Rating Scale* (CDRS) ≥ 4 (**compilare tabella allegato 1 C**);
- 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 (**compilare tabella allegato 1 D**);
- 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) (compilare tabella allegato 1E per i pazienti con SLA ed altre patologie neurodegenerative), o con punteggio alla *Expanded Disability Status Scale* (EDSS) ≥ 9 (**compilare tabella allegato 1F per i pazienti affetti da Sclerosi Multipla**), o in stadio 5 di *Hoehn e Yahrmod* (**compilare tabella allegato 1G per paziente affetto da morbo di Parkinson**);
- 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 (**compilare prospetto allegato 1 H**);
- g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5 (**compilare tabella 1 I**);
- 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 (**compilare vedi tabella 1L**);
- 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 psico-fisiche (**compilare allegato 2 per tutti i pazienti gravissimi non specificati nei punti precedenti**).

Nel caso in cui alle lettere **a)** e **d)** siano determinate da eventi traumatici e l'accertamento dell'invalidità non sia ancora definito ai sensi delle disposizioni vigenti, gli interessati possono, comunque, accedere alla concessione del contributo di cui al presente avviso, nelle more della definizione del processo di accertamento, e in presenza di una diagnosi medica di patologia o menomazione da parte dello specialista di riferimento pubblico che accompagni il rilievo funzionale e della copia della richiesta all'INPS.

Le suddette condizioni di gravissima non autosufficienza dei soggetti richiedenti destinatari del contributo saranno accertate e valutate a cura dell'UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale) con l'ausilio dei criteri di cui all'art. 3 del Decreto Ministeriale 26 settembre 2016.


2

Art. 4

Presentazione delle istanze

Le domande per poter accedere al contributo dovranno essere presentate, utilizzando il modello allegato al presente avviso, secondo una delle seguenti modalità:

1. in busta chiusa a mezzo Raccomandata A/R da inviare all'ASP di Cosenza Ufficio Protocollo Generale, via Alimena n.8 – 87100 Cosenza, facendo fede il timbro postale, indicando all'esterno della busta "Avviso Disabilità Gravissime – FNA anno 2016";
2. tramite PEC all'indirizzo: protocollo@pec.asp.cosenza.it, indicando nell'oggetto: "Avviso Disabilità Gravissime – FNA anno 2016";
3. in busta chiusa, a mano, presso l'Ufficio Protocollo Generale dell'ASP di Cosenza, via Alimena n.8 – 87100 Cosenza, indicando all'esterno della busta "Avviso Disabilità Gravissime – FNA anno 2016".

Alla domanda dovrà essere allegata, pena esclusione, la seguente documentazione:

- Certificazione sanitaria rilasciata da una struttura pubblica attestante la patologia determinante dipendenza vitale e il grado di non autosufficienza/gravità di cui all'art. 3 del Decreto Ministeriale 26 settembre 2016,;
- Verbale di riconoscimento dell'invalideria civile al 100% e dell'indennità di accompagnamento;
- Certificazione ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n. 104/1992;
- Attestazione ISEE in corso di validità e di regolarità, con limite, per accesso al contributo, di € 60.000,00;
- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo;
- Copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario de contributo;
- Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario;
- Copia dell'eventuale Decreto di nomina di tutela, curatela o di amministrazione di sostegno.

L'istanza con la suddetta documentazione dovrà pervenire entro e non oltre le ore 12,00 del trentesimo giorno successivo alla pubblicazione del presente avviso all'Albo Pretorio Aziendale (per l'invio tramite Raccomandata A/R farà fede il timbro postale di spedizione e per l'invio tramite PEC la data e l'ora di invio).

Si specifica che in caso di economie finanziarie si procederà a far scorrere la graduatoria ammettendo gli idonei non finanziati fino a concorrenza delle somme assegnate.

Art. 5

Cessazione degli interventi socio-assistenziali

La cessazione del contributo si può verificare nei seguenti casi:

1. Decesso della persona in condizioni di disabilità gravissima;
2. Ricovero in struttura socio-sanitaria o socio-assistenziale dell'assistito;
3. Qualora vengono meno i requisiti di ammissione;
4. Trasferimento fuori regione;

Art. 6

Foro Competente

Per tutte le controversie che dovessero insorgere sarà competente il foro di Cosenza.

Art. 7

Privacy

Tutti i dati personali di cui questa ASP verrà in possesso verranno trattati nel rispetto della D.lgs n. 196/2003-Codice in materia di protezione dei dati personali", e s.m.i., esclusivamente per finalità attinenti alla procedura in essere.

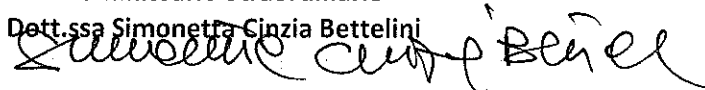
Art. 8

Pubblicazione avviso

Il presente avviso verrà pubblicato sul sito aziendale dell'ASP e verrà trasmesso a tutti i distretti per l'affissione presso le sedi degli stessi e a tutti i comuni capofila degli Ambiti Territoriali Sociali.

Il Commissario Straordinario

Dott.ssa Simonetta Cinzia Bettelini



Distretto Sanitario di _____

Domanda di valutazione per l'attivazione del contributo destinato alle disabilità gravissime

(F.N.A. anno 2016. Supporto alla persona con disabilità gravissima mediante trasferimenti monetari alle famiglie finalizzati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari o alla fornitura diretta degli stessi servizi domiciliari da parte dei familiari -caregiver e vicinato sulla base di piani personalizzati di assistenza).

Destinatari : persone in condizioni di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere socio sanitario nelle 24 ore per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona per garantirne l'integrità psico-fisica.

Dati del soggetto dichiarante

Nome		Cognome	
Data di nascita		Comune di nascita	
Codice Fiscale			
Residenza		Via	
Titolo*		Telefono	

*Scegliere tra le seguenti opzioni : a) interessato b) familiare/genitore o chi esercita la responsabilità genitoriale c) legale rappresentante

Dati dell'assistito (se diverso dal soggetto dichiarante)

Nome	
Cognome	
Codice Fiscale	
Residenza	

CHIEDE

L'accesso alla valutazione per l'attivazione della misura economica stanziata con il suddetto atto a favore di soggetti affetti da gravissime disabilità, con la finalità del mantenimento dell'assistito al proprio domicilio, poiché in possesso dei requisiti richiesti.

Ai sensi del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità penale, per le false dichiarazioni, la falsità negli atti o l'uso di atti falsi,

DICHIARA

- che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura sociosanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- di essere a conoscenza che il diritto al contributo cessa con l'inserimento definitivo in struttura residenziale, con il trasferimento al di fuori del territorio regionale, con il decesso o con il venir meno di una delle condizioni di ammissibilità.
- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione al suddetto Distretto Sanitario in caso di ricovero presso qualsiasi istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 30 giorni per la sospensione temporanea del beneficio oppure in caso di decesso del beneficiario;
- di non usufruire di altri interventi e servizi socio assistenziali (servizi domiciliari, ecc.) erogati dai comuni, e che l'accettazione dell'assegno di cura é pertanto sostitutiva di ogni altra prestazione di carattere socio assistenziale.
- di acconsentire alle verifiche che l'ASP intende eventualmente programmare, presso il domicilio della persona riconosciuta portatrice di disabilità gravissima, con proprio personale qualificato.

ALLEGA

- Certificazione sanitaria rilasciata da una struttura sanitaria pubblica attestante la patologia determinante dipendenza vitale e il grado di non autosufficienza/gravità;
- Verbale di riconoscimento dell'invalidità civile al 100% e dell'indennità di accompagnamento;
- Certificazione ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/1992;
- Attestazione ISEE in corso di validità e di regolarità, con limite, per accesso al contributo, di 60.000,00 euro ;
- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo;
- Copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo;
- Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario;
- Copia di eventuale Decreto di nomina per Tutela, Curatela, Amministrazione di Sostegno;
- Altro (specificare) _____

CHIEDE che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____ Tel. _____ Fax _____

E-mail _____

Qualora l'istanza venga accettata dalla commissione esaminatrice si chiede di erogare il contributo con le seguenti modalità:

diretto al Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

CodiceFiscale _____

tramite accredito sul: **Conto Corrente Bancario** **Conto Corrente Postale** **Postepay Evolution**

intestato a : _____

N.B. NON SONO AMMESSI LIBRETTI AL PORTATAORE

(Codice IBAN 27 caratteri) _____

c/o Banca / Ufficio Postale _____

Sede/Agenzia _____

INFORMATIVA PRIVACY : Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D. Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento, per motivi legittimi, rivolgendosi al titolare e responsabile del trattamento dei dati presso il Distretto Sanitario competente.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste dagli "Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima" della Regione Calabria, ai sensi della DGR n. n. 364/2016.

Luogo e data

Firma del richiedente
