Comune di Spezzano Albanese prot. n. 0012399 del 15-09-2025 - arrivo Cat. 14 Cl.1

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 2174 del 10/09/2025

Struttura Proponente UOC SERVIZI SOCIALI

OGGETTO: ATTUAZIONE DECRETO DIRIGENZIALE DELLA REGIONE CALABRIA N. 5085 DEL 15/04/2024 "FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA ANNUALITÀ 2019-2021 - DPCM 21 DICEMBRE 2020 - DGR N. 331 DEL 10 LUGLIO 2023 - TRASFERIMENTO FONDO F.N.A. ANNUALITÀ 2020 IN FAVORE DELLE AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI". - AVVISO PUBBLICO F.N.A. ANNO 2020

Dichiarazione di conformità della copia informatica

Il presente documento, ai sensi dell'art. 23-bis del CAD e successive modificazioni è copia conforme informatica del provvedimento originale in formato elettronico, firmato digitalmente, conservato presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza.

Oggetto: ATTUAZIONE DECRETO DIRIGENZIALE DELLA REGIONE CALABRIA N. 5085 DEL 15/04/2024 "FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA ANNUALITÀ 2019-2021 - DPCM 21 DICEMBRE 2020 - DGR N. 331 DEL 10 LUGLIO 2023 - TRASFERIMENTO FONDO F.N.A. ANNUALITÀ 2020 IN FAVORE DELLE AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI". - AVVISO PUBBLICO F.N.A. ANNO 2020

Proposta n. 2597 / 2025

IL DIRETTORE f.f. UOC SERVIZI SOCIALI

Richiamato il D.C.A. n. 138 del 30/05/2023, con il quale il Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal Disavanzo del Servizio Sanitario della Regione Calabria ha proceduto alla nomina del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, nella persona del Dr. Antonio Graziano;

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Responsabile del Procedimento ai sensi e per gli effetti della Legge 241/1990 e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché per l'espressa dichiarazione di regolarità tecnica ed amministrativa della stessa resa dal Direttore f.f. UOC Servizi Sociali proponente a mezzo di sottoscrizione della presente;

Dichiarata allo stato ed in relazione al procedimento di cui al presente atto, l'insussistenza del conflitto di interessi ai sensi dell'art. 6 bis della Legge n. 241/1990, e l'aderenza del presente atto alle misure previste nel vigente piano anticorruzione.

Il Responsabile del Procedimento
Dr.ssa CLELIA RITA RANDISI
(Sottoscritto digitalmente ai sensi dell'art. 24 D.Lgs n. 82/2005 e s.m.i.)

Il Direttore f.f. UOC SERVIZI SOCIALI
Dr.ssa CLELIA RITA RANDISI
(Sottoscritto digitalmente ai sensi dell'art. 24 D.Lgs n. 82/2005 e s.m.i.)

Premesso

Che con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21 novembre 2019 è stato adottato il "Piano nazionale per la non autosufficienza e Riparto del Fondo per le non autosufficienze del triennio 2019-2021", che individua lo sviluppo degli interventi e dei servizi necessari per la progressiva definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali da garantire sul tutto il territorio nazionale e sono state ripartite le risorse per ciascuna Regione e per ciascuna annualità come indicato nella Tabella 1 allegata allo stesso decreto.

Che le risorse del "*Fondo per le non autosufficienze*" assegnate alla Regione Calabria, per il triennio 2019-2021, secondo Tabella 1 allegata al Decreto su citato e nei provvedimenti successivi di integrazione degli importi, sono state così ripartite:

- Per l'anno 2019 euro 19.890.040,00;
- Per l'anno 2020 euro 24.697.700,00;
- Per l'anno 2021 euro 23.210.830,00;

Visti:

- La legge 8 novembre 2000, n. 328 recante "Legge quadro per la realizzazione del Sistema Integrato di interventi e Servizi sociali";
- La legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3 recante "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione";
- La legge 26 novembre 2003 n. 23 recante "Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali nella Regione Calabria (in attuazione della legge n. 328/200);
- Il D.M. 26 settembre 2016 contenente le schede di valutazione delle disabilità gravissime;
- La Delibera di Giunta Regionale n. 331 del 10 luglio 2023 avente ad oggetto la rimodulazione della "Programmazione Regionale per la non autosufficienza triennio 2019-2021" e del "Fondo Nazionale

per la non Autosufficienza Annualità 2019-2021" (D.P.C.M. 21 novembre 2019 - D.G.R. n. 55 del 16 febbraio 2023);

Che con Decreto Dirigenziale della Regione Calabria n. 5085 del 15/04/2024 "Fondo Nazionale per la non autosufficienza annualità 2019-2021 – D.P.C.M. 21 dicembre 2020 e D.M. n. 37 del 23/03/2020 – D.G.R. n. 331 del 10 luglio 2023 – TRASFERIMENTO FONDO F.N.A. Annualità 2020 in favore delle ASP", il Dipartimento Salute e Welfare Settore 11 ha ripartito la quota di Fondo spettante all'ASP di Cosenza per l'anno 2020 per un importo di € 4.451.021,03 incassato con reversale n. 353 del 17/07/2024;

Che con Delibera Aziendale n. 1228 del 15/05/2025 l'ASP di Cosenza ha utilizzato quota parte del FNA 2020 a completamento della graduatoria FNA 2019 con un residuo di € 2.789.678,03;

Che l'ASP di Cosenza erogherà il beneficio economico con decorrenza dal 01/01/2025 al 31/12/2025, per come previsto dalla Programmazione Regionale FNA 2019/2021 approvata con D.G.R. n. 331/2023 per 12 mensilità a favore di tutti i beneficiari idonei fino a concorrenza dell'importo complessivo pari a € 2.789.678,03 tramite formazione di apposita graduatoria unica degli aventi diritto procedendo come di seguito specificato:

- Approvare l'Avviso pubblico FNA 2020 di cui alla nota A00 REGCAL prot. n. 41224 del 22/01/2024 allegato al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale, comprensivi degli altri allegati previsti nel medesimo Avviso da presentare a corredo della domanda di valutazione per l'attivazione del contributo destinato alla disabilità gravissime FNA 2020. La suddetta domanda con la relativa documentazione allegata prevista dal Bando dovrà pervenire entro e non oltre i 60 (sessanta) giorni a far data dalla pubblicazione del su menzionato Avviso sul sito Aziendale dell'ASP di Cosenza www.asp.cosenza.it nella sezione avvisi della home page **pena esclusione**; Scaduto il termine la presentazione delle domande non è ammessa ulteriore produzione di documenti. Ai fini della partecipazione al Bando, in caso di più invii della domanda di partecipazione, si terrà conto unicamente della domanda inviata cronologicamente per ultima, intendendosi le precedenti integralmente e definitivamente revocate e prive di effetto.
  L'ASP di Cosenza non si assume alcuna responsabilità nel caso di dispersione di comunicazione, dipendenti da inesatte indicazioni del recapito e dell'indirizzo pec da parte dei partecipanti né per eventuali disguidi comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

  La partecipazione all'Avviso implica l'accettazione, senza riserve, delle norme contenute nel presente Bando nonché delle modifiche che potranno essere apportate alle disposizioni di legge allo stato in vigore.

- Valutare le domande pervenute, così per come definito dal D.M. del 26/09/2016 e, anche l'identificazione dei soggetti beneficiari del contributo in oggetto, avverrà a cura della Commissione UVM nominata con Delibera Az. N.787 del 09/04/2024 allo scopo di verificare e valutare ogni singola istanza relativa al Fondo per la non autosufficienza, e di stabilire i requisiti necessari per la graduazione secondo le indicazioni regionali, in maniera tale da formulare una graduatoria unica utilizzando le Linee di indirizzo per la valutazione sanitaria FNA e le schede tecniche aggiornate giuste note A00 REGCAL prot. n. 41224 del 22/01/2024 e A00 REGCAL prot. n. 607009 del 27/09/2024;
- Corrispondere un assegno di cura agli aventi diritto, individuati sulla scorta della graduatoria unica per tutta l'ASP a decorrere dal 01/01/2025 al 31/12/2025 fino a concorrenza dell'importo complessivo pari a € 2.789.678,03 e comunque fino alla permanenza delle condizioni previste nell'art. 9 dell'Avviso, quantificato come di seguito indicato:

Euro 1.000,00 (euro mille/00) mensili per 12 mensilità a favore di persone che sono in condizione di dipendenza vitale […]
Euro 600,00 (euro seicento/00) mensili per 12 mensilità a favore di persone con disabilità gravissima, ad esclusione dei soggetti di cui al punto precedente;

Che la U.O.C. Coordinamento Servizi Sociali è stata individuata quale ufficio delegato per l'accoglienza delle istanze e per la cura e la predisposizione di tutti gli atti amministrativi necessari per la erogazione del contributo da destinare alle famiglie per il supporto alla persona con disabilità gravissime e di dipendenza vitale per la copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria tramite un unico provvedimento di liquidazione mensile a tutti i soggetti aventi diritto per tutto il territorio aziendale;

Che ad avvenuta adozione del presente atto, l'ASP di Cosenza provvederà alla pubblicazione dell'Avviso Pubblico di cui sopra;

Dichiarato che la documentazione originale a supporto del presente provvedimento è depositata e custodita presso l'U.O.C. proponente;

Tutto ciò premesso

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la proposta formulata dal Dr.ssa CLELIA RITA RANDISI Direttore f.f. UOC SERVIZI SOCIALI, alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla stessa quale Responsabile del Procedimento e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nella premessa, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché per l'espressa dichiarazione di regolarità tecnica ed amministrativa della stessa resa dal Direttore proponente a mezzo di sottoscrizione della presente;

Acquisiti i pareri espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;

Il Direttore Sanitario	**Il Direttore Amministrativo**
Dr. Martino Maria Rizzo	Dott. Remigio Magnelli

DELIBERA

Di prendere atto della proposta formulata dal Direttore Proponente che qui si intende integralmente riportata e conseguentemente:

Di prendere atto del Decreto Dirigenziale della Regione Calabria n. 5085 del 15/04/2024 "Fondo Nazionale per la non autosufficienza annualità 2019-2021 – D.P.C.M. 21 dicembre 2020 e D.M. n. 37 del 23/03/2020 – D.G.R. n. 331 del 10 luglio 2023 – TRASFERIMENTO FONDO F.N.A. Annualità 2020 in favore delle ASP", il Dipartimento Salute e Welfare Settore 11 ha ripartito la quota di Fondo spettante all'ASP di Cosenza per l'anno 2020 per un importo di € 4.451.021,03 incassato con reversale n. 353 del 17/07/2024;

Di precisare che con Delibera Aziendale n. 1228 del 15/05/2025 l'ASP di Cosenza ha utilizzato quota parte del FNA 2020 a completamento della graduatoria FNA 2019 con un residuo di € 2.789.678,03;

Di provvedere all'erogazione del beneficio economico con decorrenza dal 01/01/2025 al 31/12/2025, per come previsto dalla Programmazione Regionale FNA 2019/2021 approvata con D.G.R. n. 331/2023 per 12 mensilità a favore di tutti i beneficiari idonei fino a concorrenza dell'importo complessivo pari a € 2.789.678,03 tramite formazione di apposita graduatoria unica degli aventi diritto procedendo come specificato in premessa;

Di confermare che la U.O.C. Coordinamento Servizi Sociali è stata individuata quale ufficio delegato per l'accoglienza delle istanze e per la cura e la predisposizione di tutti gli atti amministrativi necessari per la

erogazione del contributo da destinare alle famiglie per il supporto alla persona con disabilità gravissime e di dipendenza vitale per la copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria tramite un unico provvedimento di liquidazione mensile a tutti i soggetti aventi diritto per tutto il territorio aziendale;

Di autorizzare l'U.O.C. GREF ad utilizzare per il pagamento del contributo FNA 2020 agli aventi diritto l'importo residuo di € 2.789.678,03 già incassato con reversale n. 353 del 17/07/2024 di € 4.451.021,03 sul c/e n 502011406;

Di autorizzare l'U.O.C. GREF di questa Asp ad emettere mandati di pagamento del contributo su disposizione dell'U.O.C. Coordinamento Servizi Sociali che comunicherà gli elenchi elaborati con l'indicazione degli utenti aventi diritto e con la specificazione delle somme spettanti;

Di pubblicizzare la presente delibera sul sito aziendale e presso la sede dei Distretti Sanitari e presso i Comuni Capofila degli Ambiti Territoriali Sociali;

Di trasmette il presente Atto alla Regione Calabria Dipartimento Salute e Welfare UOA sulla piattaforma sirc.welfare.calabria.it;

Di precisare che il presente provvedimento, non soggetto a controllo, è immediatamente esecutivo, ai sensi dell'art. 13 della L.R. n.11/2024.

Di provvedere alla pubblicazione della presente delibera sul sito istituzionale dell'Amministrazione ai sensi del D. Lgs. n.33/2013 e nel rispetto del Regolamento Europeo 2016/679.

Il Direttore Generale

Dr. Antonio Graziano

(Sottoscritto digitalmente ai sensi dell'art. 24 D.Lgs n. 82/2005 e s.m.i.)

Il presente atto consta di n. 5 Allegati da pubblicare:

N.1 Allegato Avviso Pubblico FNA Anno 2020.
N.2 Allegato Linee di indirizzo per la valutazione sanitaria.
N.3 Allegato Schede Ministeriali DM/2016.
N.4 Allegato Modello di domanda A1.
N.5 Allegato Modello di domanda A2.

Proposta n. 2597 / 2025

ALLEGATO "A"

INTERVENTI SOCIO ASSISTENZIALI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA
F.N.A. (Fondo per le Non Autosufficienza) Annualità 2020

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

Art. 1 - Oggetto

L'ASP di Cosenza attiva, nei limiti delle risorse finanziarie provenienti dalla Regione Calabria, tramite la formazione di apposita graduatoria, interventi di assistenza in forma indiretta (Assegno di cura) in favore di persone in condizioni di disabilità gravissima, al fine di fornire supporto alla persona non autosufficiente e al suo nucleo familiare, nel contesto di un quadro più generale di valutazione multidimensionale del bisogno e di progettazione personalizzata, con la somma di € 2.789.678,03 quale residuo della somma di € 4.451.021,03 già erogata dalla Regione Calabria con DGR 5085 del 15/04/2024 ed in parte utilizzata dall'ASP di Cosenza con Delibera Aziendale n. 1228 del 15/05/2025 per il completamento della graduatoria FNA 2019.

L'assegno di cura, in coerenza con i requisiti di legge previsti a livello nazionale e regionale, potrà essere modulato sulla base di altri servizi eventualmente inclusi nel progetto personalizzato è finalizzato all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliare, o alla fornitura diretta degli stessi da parte dei familiari e / o persona titolata, sulla base del piano personalizzato di assistenza.
L'assegno di cura dovrà essere corrisposto nella misura degli importi dappresso indicati:

- **Euro 1.000,00 (euro mille/00) mensili per 12 mensilità** a favore di persone che sono in condizione di dipendenza vitale, che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere sociosanitario nelle 24 ore, che abbiano necessità di un livello di cura ad alta complessità e con intensità elevata, ossia quelli che hanno una documentata rapida velocità di progressione di malattia, portatori di tracheo - peg e/o in ventilazione assistita e quelli in stato vegetativo puro;
- **Euro 600,00 (euro seicento/00) mensili per 12 mensilità** a favore di persone con disabilità gravissima, ad esclusione dei soggetti cui al punto precedente.

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 ed il suo nucleo familiare. A tal fine, l'Asp chiederà una rendicontazione attestante l'acquisto di servizi.

Art. 2 - Soggetti destinatari

I soggetti destinatari del contributo sono i cittadini residenti nei Comuni afferenti all'Asp di Cosenza in condizione di disabilità gravissima, ivi inclusi quelli affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica, stato di Demenza molto grave, quali, tra gli altri, quelli affetti dal morbo di Alzheimer, in condizione di dipendenza vitale e che necessitano, 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 vigile da parte di terza persona.

Art. 3 - Requisiti

L'erogazione dell'assegno di cura è subordinata, al momento della presentazione della domanda, dei requisiti soggettivi ed oggettivi di seguito indicati:

- Riconoscimento dell'invalidità civile al 100%, di cui alla Legge 30 marzo 1971 n. 118 e dell'indennità di accompagnamento, di cui alla Legge 11 febbraio 1980 n. 18, entrambe i verbali in corso di validità;
- Riconoscimento dello *status* di *handicap* in condizione di gravità, di cui alla Legge 5 febbraio 1992, n. 104, art. 3, comma 3 il cui verbale è in corso di validità;
- Attestazione ISEE **per prestazioni agevolate di natura socio –sanitaria** con valore inferiori a 50.000 euro, accresciuti a 65.000 in caso di beneficiari minorenni;
- Carattere sostitutivo (dell'assegno di cura) di servizi, o di ogni altra prestazione a carattere socio – assistenziale, intendendo che il soggetto disabile non deve essere beneficiario di altri servizi socio – assistenziali con la medesima finalità.

copia informatica per consultazione

L'erogazione del contributo dovrà, altresì, tenere conto, delle condizioni socio – familiari ed ambientali del richiedente disabile e, a tal fine, l'A.S.P. provvederà alla compilazione di schede sociali finalizzate alla valutazione delle sopra dette condizioni.
In ogni caso, resta salva la possibilità, per le singole Aziende Sanitarie Provinciali, di procedere ad una verifica circa la sussistenza dei requisiti soggettivi e oggettivi.

Art. 4 - Condizioni di disabilità gravissima (Art. 3 D.M. 26 settembre 2016)

Possono presentare domanda per la fruizione del beneficio dell'assegno di cura i cittadini residenti in uno dei Comuni dell'Asp di Cosenza, in condizione di disabilità gravissima.

Al fine della corretta valutazione delle istanze pervenute e, anche, della identificazione dei soggetti beneficiari del contributo in oggetto, la Commissione U.V.M. nominata con Delibera Aziendale n. 787 del 09.04.2024 (Unità di Valutazione Multidimensionale) dell'Asp di Cosenza farà riferimento all'art. 3, c. 2, del D.M. 26 settembre 2016 ai sensi del quale: "*Per persone in condizione di disabilità gravissima, ai soli fini del presente decreto, si intendono le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti 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 h/ die – 7 giorni a settimana)* (compilare tabella **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)* (per i pazienti con SLA ed altre patologie degenerative compilare tabella **allegato 1 E**)*,o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9* (per i pazienti affetti da sclerosi multipla compilare tabella **allegato 1 E/A**)*, o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod* (per i soggetti affetti da morbo di Parkinson e parkinsonismi degenerativi e atipici compilare la tabella **allegato 1 E/B**)*;*

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 tabella **allegato 1 F**)*;*

g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5 (compilare tabella **allegato 1G**)*;*

h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con QI<=34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound / Severe Mental Retardation (LAPMER) <= 8 (compilare tabella **allegato 1H**)*;*

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.".
Per tutti i pazienti gravissimi, di cui alla lettera i), nonché per quelli non rientranti nelle condizioni di cui ai punti precedenti, dovrà essere compilato l'**allegato 2**, di cui al presente avviso.

Nel caso in cui le condizioni, di cui sub a) e sub d), siano state determinate da eventi traumatici e l'accertamento dell'invalidità non sia ancora definito ai sensi delle disposizioni di legge vigenti, gli interessati, nelle more della definizione del processo di accertamento, possono, comunque, accedere al beneficio previsto ai sensi del presente avviso, in presenza di una diagnosi medica di patologia o menomazione da parte dello specialista di riferimento che accompagni il rilievo funzionale, nonché di copia della richiesta all'Inps.

copia informatica per consultazione

L'accertamento e la valutazione delle condizioni di gravissima non autosufficienza dei soggetti richiedenti il contributo è svolto dalla Commissione U.V.M., nominata con Delibera Aziendale n. 787 del 09/04/2024, avvalendosi dei criteri di cui all'art. 3 D.M. 26 settembre 2016 e dalle **Linee di indirizzo per la valutazione sanitaria** condivise tra le Aziende Sanitarie Provinciali, richiamati in quanto parte integrante del presente avviso.

Art. 5 – Modalità e termini di presentazione della domanda

La domanda per poter accedere al contributo dovrà essere presentata utilizzando il modello allegato al presente avviso "*Domanda di valutazione per l'attivazione del contributo (assegno di cura) destinato alle disabilità gravissime - F.N.A. 2020* secondo le modalità di seguito indicate:

Preferibilmente

- **A mezzo PEC** intestata all'assistito o al dichiarante/caregiver familiare all'indirizzo: protocollo@pec.asp.cosenza.it, indicando nell'oggetto "*Avviso disabilità gravissime -FNA anno 2020".* Farà fede, in tal caso, la data e l'ora di ricevuta di avvenuta consegna della PEC. La domanda e gli allegati dovranno essere inviate in un unico file in formato PDF.
  (Entro 10 giorni dalla ricezione dell'istanza, i partecipanti riceveranno sulla pec personale formale comunicazione di avvenuta ricezione e relativo numero di protocollo).

Oppure

- **In busta chiusa, a mezzo Raccomandata A/R**, da inviare a: ASP di Cosenza, Ufficio Protocollo, Via Alimena, 8 - 87100 Cosenza, indicando all'esterno della busta "Avviso disabilità gravissime – FNA 2020". Farà fede in tal caso, la data indicata dal timbro postale;
  (In questo caso, ai partecipanti sarà comunicato il numero di protocollo dalla UOC Servizi Sociali)

Al fine di ottemperare alla normativa in tema di Privacy Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 e s.m.i., il numero di protocollo assegnato rappresenterà l'identificativo dell'utente per le successive procedure inerenti il Bando e la definizione della graduatoria.

La domanda, **PENA L'ESCLUSIONE,** dovrà essere corredata dalla documentazione di seguito indicata:

PER I SOGGETTI GIÀ BENEFICIARI DELL'ASSEGNO DI CURA A VALERE SUL FONDO FNA 2019, qualora non siano intervenute delle variazioni in termini di aggravamento, piuttosto che di miglioramento, della patologia e/o dei requisiti socio familiari e ambientali richiesti, potrà non procedersi ad una nuova valutazione da parte della Commissione U.V.M., e, in tal caso, al fine di garantire la continuità delle prestazioni, l'istante dovrà presentare la domanda utilizzando l'apposito **MODELLO "A1**" allegare la seguente documentazione:

- Autocertificazione, ai sensi del D.P.R. 445/2000, dell'esistenza in vita del beneficiario;
- Attestazione ISEE socio –sanitario, con riferimento ai valori come riportati all'art. 3 del presente avviso, in corso di validità;
- Autocertificazione, ai sensi del D.P.R. 445/2000, dello stato di famiglia del beneficiario;
- Autocertificazione, ai sensi del D.P.R. 445/2000, attestante la sussistenza dell'invalidità civile al 100% e dell'indennità di accompagnamento, nonché dello *status* di *handicap* in condizione di gravità, di cui alla Legge 5 febbraio 1992, n. 104, art. 3, comma 3i cui verbali sono in corso di validità;

Nella diversa ipotesi in cui siano intervenute delle variazioni delle condizioni socio sanitarie del soggetto, rispetto a quanto già dichiarato e attestato per l'anno 2019, il richiedente avrà obbligo di comunicare, tempestivamente, e con opportuna certificazione, le variazioni intervenute, entro i termini utili previsti dal bando per la presentazione della domanda.
La presentazione della domanda avverrà secondo le modalità sopra indicate e, in tal caso, la Commissione U.V.M. potrà procedere ad accertare mediante apposita visita, quanto dichiarato dal beneficiario.

PER I NUOVI RICHIEDENTI (coloro che non sono stati dichiarati disabili gravissimi per FNA 2019) la domanda dovrà essere presentare utilizzando l'apposito modello **MODELLO "A2"** con la seguente documentazione:

- Certificazione sanitaria **rilasciata da una struttura pubblica** attestante la patologia determinante dipendenza vitale e il grado di non autosufficienza/gravità, valutata secondo le schede di rifermento di cui all'art. 3 D.M. 26 settembre 2016, e, altresì, compilata dallo specialista di riferimento. **Le schede di riferimento per patologia dovranno riportare timbro e firma leggibile dello specialista per la patologia dichiarata e numero di protocollo della struttura pubblica rilasciante.**
  La certificazione sanitaria dovrà essere corredata dall'Allegato 3, di cui al presente avviso, e compilato a cura del medico specialista;
- Verbale di riconoscimento dell'invalidità civile al 100% e dell'indennità di accompagnamento, entrambi in corso di validità (dovrà essere esibito e/o prodotto verbale originale o copia autenticata ed in forma leggibile o omologa di sentenza corredata dalla perizia medico – legale attestante le patologie). In caso di revisione del provvedimento la procedura dovrà essere completata entro il termine previsto per la scadenza del bando;

- Certificazione dello *status* di *handicap* grave, di cui all'art. 3, c. 3, Legge 104/1992, in corso di validità (dovrà essere esibito e/o prodotto verbale originale o copia autenticata ed in forma leggibile o omologa di sentenza corredata dalla perizia medico legale attestante le patologie). In caso di revisione del provvedimento la procedura dovrà essere completata entro il termine previsto per la scadenza del bando;
- Attestazione ISEE socio sanitario in corso di validità, per valori inferiori a euro 50.000, accresciuti a euro 65.000 in caso di beneficiari minorenni;
- 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, ai sensi del D.P.R. 445/2000, dello stato di famiglia del beneficiario;
- Copia del decreto di nomina di tutela, curatela o di amministrazione di sostegno, nelle ipotesi ivi previste.

L'istanza, con l'allegata documentazione, dovrà pervenire entro e non oltre i 60 giorni a decorrere dal giorno successivo alla pubblicazione del presente avviso sulla home page del sito aziendale www.asp.cosenza.it PENA ESCLUSIONE.

In ogni caso, non saranno prese in considerazione istanze presentate con modalità differenti da quelle sopra indicate.

È considerata priva di effetto l'eventuale integrazione e/o invio di documentazione oltre i termini indicati nel presente Avviso.

Art. 6 – Criteri per la formazione della graduatoria

Al fine della formazione della graduatoria, oltre l'utilizzo delle schede tecniche aggiornate di cui al prot. n. 607009 del 27/09/2024 A00REGCAL dovranno essere utilizzati i criteri di seguito indicati:

- Velocità di progressione della malattia e/o livello di cura ad alta complessità e con intensità elevata, includendo nelle suddette ipotesi, tra gli altri, ed in conformità a quanto previsto dal D.M. 26 settembre 2016, i malati portatori di tracheo - peg e/o in ventilazione assistita e quelli in stato vegetativo puro (**ALLEGATO Linee di indirizzo per la valutazione sanitaria**);
- Situazione economica finanziaria del richiedente (valore ISEE più basso);
- In ipotesi di parità di condizioni, verranno in soccorso l'esame delle condizioni ambientali e familiari del richiedente, nonché altri indicatori di disagio economico e sociale.

A tal fine l'Asp utilizzerà le schede sociali finalizzate alla valutazione delle condizioni socio – ambientali e familiari.

Art. 7 - Modalità di comunicazione ai beneficiari

Al termine della fase istruttoria verrà predisposta una prima graduatoria unica provvisoria degli ammessi/non ammessi che sarà pubblicata sulla Home Page del sito internet www.asp.cosenza.it, cui farà seguito la graduatoria unica definitiva a conclusione della procedura.

La suddetta pubblicazione ha valore di notificazione a tutti gli effetti.

Gli interessati prenderanno visione della propria posizione nella suddetta graduatoria in modalità anonima, attraverso il numero di protocollo dell'istanza presentata per come indicato nell'art. 5 del presente Avviso.

Art. 8 - Erogazione contributo

Il contributo economico verrà corrisposto per 12 mesi a decorrere dalla data del 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2025.

Al fine di ottenere l'erogazione del contributo sarà obbligo dell'interessato, collocato in posizione utile della graduatoria definitiva, comunicare con apposita autocertificazione, l'esistenza in vita del soggetto beneficiario, eventuali ricoveri e ogni altra variazione dello stato del beneficiario medesimo, alla UOC SERVIZI SOCIALI nei termini e con modalità che saranno indicati nella graduatoria definitiva.

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

In ogni caso, è fatta salva la possibilità per la Commissione UVM di procedere alle verifiche circa l'utilizzo del beneficio concesso, secondo modalità e tempistiche che verranno opportunamente definite dalle singole Aziende Sanitarie Provinciali.

Art. 9 - Cessazione degli interventi socio – assistenziali

La cessazione del contributo si verificherà nei seguenti casi:

- Decesso della persona in condizione di disabilità gravissima;
- Ricovero dell'assistito in struttura socio – sanitaria o socio – assistenziale;
- Sopravvenuta carenza dei requisiti di ammissione;
- Trasferimento fuori regione o Asp.

Art. 10 - Foro competente

Per tutte le controversie che dovessero insorgere in riferimento al presente Avviso pubblico sarà competente il Foro di Cosenza;

Art. 11 - Privacy

Tutti i dati personali di cui questa Asp verrà in possesso verranno trattati nel rispetto della normativa vigente prevista dal "*Codice in materia di protezione dei dati personali*", di cui al Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

Art. 12 - Pubblicazione avviso

Il presente avviso verrà pubblicato sul sito aziendale dell'Asp di Cosenza e verrà trasmesso a tutti i Distretti Sanitari per l'affissione presso le sedi degli stessi e a tutti i Comuni capofila degli Ambiti Territoriali Sociali.

Art.13 – Norma di chiusura

Per tutto quanto non espressamente previsto dal presente Avviso pubblico trovano applicazioni, in quanto compatibili, le disposizioni di legge e regolamenti nazionali e regionali vigenti in materia.

Il Direttore Generale
F.to Dott. Antonio Graziano

LINEE di indirizzo per la valutazione sanitaria FNA

Per quanto riguarda l'erogazione dell'Assegno di cura a favore delle persone in condizioni di disabilità gravissima, di cui al D.P.C.M. 21 Novembre 2019 - D.G.R. n. 331 del 10 Luglio 2023, tenuto conto del D.M. 26 Settembre 2016 contenente le schede di valutazione delle disabilità gravissime, si riportano, per quel che attiene la valutazione sanitaria, le linee di indirizzo cui dovrà attenersi la Commissione con funzione di Unità di Valutazione Multidimensionale nella graduazione delle istanze pervenute.

VALUTAZIONE SANITARIA

Nella formulazione della graduatoria la Commissione Aziendale deve considerare prioritarie le patologie che presentano una severità di progressione di malattia inferiore a due anni (Punteggio =1, di cui alla nota Regione Calabria, Dipartimento 7, Settore 8 Politiche Sociali, prot. Siar N. 234966 del 17.07.2017, avente ad oggetto" *DGR 364/2016. Provvedimenti in favore di persone affette da disabilità gravissima*"). Nella diversa ipotesi di progressione tra due e cinque anni (Punteggio = 2, di cui alla sopra detta nota regionale), l'aspettativa di vita dovrà essere valutata sulla base di comprovati rilievi statistici e scientifici.

Occorre precisare che alcune delle patologie esaminate non presentano una prognosi chiaramente quantificabile, ragion per cui dovrà essere considerato prioritario il criterio della intensità di cure: in tal senso appare necessario includere i malati con tracheo-peg e/o le persone con necessità di sostegno intensivo, differenziato sulla base dell'intensità del sostegno necessario, come da DM 26-09-2016.

Per i soggetti con altre patologie e per quanto riguarda le schede relative alle patologie, allegate al DM. 26.09.2016, esse devono essere redatte da specialista di riferimento per la patologia, devono essere compilate in ogni parte e devono essere firmate e timbrate dallo specialista, nonché riportare il numero di protocollo di struttura pubblica. Si rammenta, altresì, che deve essere compilato anche l'**allegato 3**, con numero di protocollo di struttura pubblica.

Si passa ad una breve disamina delle schede:

a) **Allegato 1 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 (medico compilatore anestesista/ neurologo/fisiatra e terapista del dolore);
b) **Allegato 1 B**: persone dipendenti da ventilazione meccanica invasiva assistita o non invasiva continuativa 24 h/die x 7 giorni (medico compilatore pneumologo);
c) **Allegato 1 C**: persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala *Clinical Dementia Rating Scale* (CDRS)>=4.
   Occorre precisare che lo stato di demenza deve essere attestato da specialista geriatra, neurologo, psichiatra facente parte dei CDCD (ex UVA) o, in alternativa, da specialisti geriatri, neurologi o psichiatri che, pur non facendo parte dei centri, riportino l'attestazione del centro UVA o CDCD che ha fornito la diagnosi o presso cui il soggetto è in carico.
   La nota regionale, Dipartimento 7 del Settore Politiche sociali prot. N. 17786 del 18.01.2017 chiarisce che, "*In merito alla valutazione dello stato di demenza, l'accertamento della disabilità gravissima deve basarsi su una diagnosi effettuata in un centro CDCD (ex UVA*)."

copia informatica per consultazione

d) **Allegato 1 D**: persone con lesioni spinali fra CO/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. (specialista di riferimento neurologo/neuropsichiatra infantile/fisiatra);

e) **Allegato 1 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 1 E per i pazienti con SLA-SMA ed altre patologie neurodegenerative), o con punteggio *alla Expanded Disability Status Scale* (EDSS) >= 9 (compilare tabella allegato 1 E/A per i pazienti affetti da Sclerosi Multipla), o in stadio 5 di *Hoehn e Yahrmod* (compilare tabella allegato 1 E/B per paziente affetto da morbo di Parkinson e Parkinsonismi degenerativi atipici) (specialista di riferimento Neurologo);

f) **Allegato 1F**: 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 (specialista di riferimento oculista e otorinolaringoiatra);

g) **Allegato 1 G**: persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5 (specialista di riferimento psichiatra e neuropsichiatra infantile nei soggetti di minore età);

h) **Allegato 1 H**: persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con QI<=34 e con punteggio sulla scala *Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation* (LAPMER)<= 8.

Per tali soggetti è assolutamente indispensabile allegare il Q.I. e la certificazione deve essere redatta da specialista neuropsichiatra infantile se minore o psichiatra. Così, testualmente, dispone la nota regionale N. 17786 del 18.01.2017: "*con riguardo alla valutazione del ritardo mentale grave o profondo, per la determinazione di tale condizione deve essere riportato, all'inizio della scala, il Q. I. e non semplicemente presupposto.".* La valutazione di livello diviene fondamentale per la gradazione tra i soggetti con indice LAPMER più alto.

i) **Allegato 2**: 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 e per tutti i pazienti gravissimi non specificati nei punti precedenti. L'allegato, anche in questo caso, dovrà essere compilato dal medico specialista di riferimento per la patologia.

A tal proposito, occorre precisare che, per come anche previsto dalla sopra detta nota regionale, la prima voce del dominio n. 4 "*Necessità di modifiche dietetiche*", non indica una mera condizione di modifica dietetica (che, per esempio, può essere correlata ad edentulia o all'età), ma che il soggetto sia in carico al NAD (nutrizione artificiale domiciliare), ossia il soggetto medesimo utilizzi specifici prodotti prescritti da specialista di riferimento.

copia informatica per consultazione

Allegato 1A

Scala per la valutazione della condizione di disabilità gravissima per le persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure Stato di Minima Coscienza (SMC).
Da compilare a cura dello Specialista di riferimento di struttura pubblica.

Si Certifica che il/la SIGNOR/A

Nome_____ Cognome_____
Nato/a_____ il_____/_____/_____

Residente a _____Prov. _____

Via/piazza_____n°_____telefono_____

C.F._____

Affetto/a da _____

GLASCOW COMA SCALE

A- Apertura degli occhi	**Punteggio**
Spontanea	**4**
Agli stimoli verbali	**3**
Al dolore	**2**
Nessuna	**1**
B- Risposta verbale	
Orientata appropriata	**5**
Confusa	**4**
Parole inappropriate	**3**
Suoni incomprensibili	**2**
Nessuna	**1**
C- Risposta motoria	
Obbedisce al comando	**6**
Localizza il dolore	**5**
Retrae al dolore	**4**
Flette al dolore	**3**
Estende al dolore	**2**
Nessuna	**1**
PUNTEGGIO TOTALE	

Riporta il seguente punteggio ai sensi della scala soprastante: _____

Criteri di applicazione tabella:
La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2019 è colei che riporta un punteggio nella scala Glasgow Coma Scale ((GCS) <=10 ex art. 3 comma 2 lett. a), Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.

Note……..

Luogo e data_____

Firma e timbro del compilatore_____

Allegato 1 B
Da compilare a cura dello Specialista della struttura sanitaria pubblica preposta

Si certifica che il Signor/a

Nome_____ Cognome_____
Nato/a _____ il _____/_____/_____
Residente a _____ Prov. _____
Via/piazza _____ n° _____ telefono _____
C.F. _____
Affetto/a da _____

- o È da considerarsi persona dipendente da ventilazione meccanica assistita invasiva

- o È da considerarsi persona dipendente da ventilazione meccanica assistita non invasiva continuativa (24h/die – 7giorni a settimana)

Note……
……
……

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____

Allegato 1 C

Scala per la valutazione della condizione della disabilità gravissima per le persone con grave o gravissimo stato di demenza

Da compilare a cura del Medico Specialista della struttura sanitaria pubblica preposta

Si certifica che il Signor/a

Nome_____ Cognome_____

Nato/a_____ il _____/____/_____

Residente a_____Prov._____

Via/piazza_____ n°_____ telefono_____

C.F. _____

Affetto/a da_____

Riporta il seguente punteggio ai sensi della scala sottostante……

La Clinical Dementia Rating Scala (CDR) estesa

	NORMALE **CDR 0**	DEMENZA DUBBIA **CDR 0.5**	DEMENZA LIEVE **CDR 1**	DEMENZA MODERATA **CDR 2**	DEMENZA GRAVE **CDR 3**
Memoria	Memoria adeguata o smemoratezza occasionale	Lieve smemoratezza permanente; parziale rievocazione di eventi	Perdita memoria modesta per eventi recenti; interferenza attività quotidiane	Perdita memoria severa: materiale nuovo perso rapidamente	Perdita memoria grave; rimangono alcuni frammenti
Orientamento	Perfettamente orientato		Alcune difficoltà nel tempo; possibile disorientamento topografico	Usualmente disorientamento temporale, spesso spaziale	Orientamento solo personale
Giudizio soluzione problemi	Risolve bene i problemi giornalieri; giudizio adeguato rispetto al passato	Dubbia compromissione nella soluzione di problemi; analogie differenze	Difficoltà moderata; esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale adeguato	Difficoltà severa esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale compromesso	Incapace di dare giudizi o di risolvere problemi
Attività sociali	Attività indipendente e livelli usuali ne lavoro, acquisti, pratiche burocratiche	Solo dubbia compromissione nelle attività descritte	Incapace di compiere indipendentemente le attività, ad esclusione di attività facili	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. In grado di essere portato fuori casa	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. Non in grado di uscire
Casa e hobbies	Vita domestica e interessi intellettuali conservati	Vita domestica e interessi intellettuali lievemente compromessi	Lieve ma sensibile compromissione della vita domestica; abbandono hobbies ed interessi	Interessi ridotti, non sostenuti, vita domestica ridotta a funzioni semplici	Nessuna funzionalità fuori dalla propria camera
Cura personale	Interamente capace di curarsi della propria persona	Richiede facilitazione	Richiede aiuto per vestirsi, igiene, utilizzazione effetti personali	Richiede molta assistenza per cura personale; non incontinenza urinaria	Richiede molta assistenza per cura personale; incontinenza urinaria

CDR 4: DEMENZA MOLTO GRAVE
Il paziente presenta severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da solo, nel controllare la funzione intestinale o vescicale.

CDR 5: DEMENZA TERMINALE
Il paziente richiede assistenza totale perché completamente incapace di comunicare, in stato vegetativo, allettato, incontinente.

copia informatica per consultazione

Clinical Dementia Rating Scale

Per ottenere il punteggio della CDR sottostante è necessario disporre di informazioni raccolte da un familiare o operatore che conosce il soggetto e di una valutazione delle funzioni cognitive del paziente con particolare riferimento ai seguenti aspetti: 1) memoria; 2) orientamento temporale e spaziale; 3) giudizio ed astrazione; 4) attività sociali e lavorative; 5) vita domestica, interessi ed hobby; 6) cura della propria persona. In base al grado di compromissione viene assegnato un punteggio variabile tra 0 – 0.5 – 1 – 2 – e 3; 0 = normale; 0.5 = dubbia compromissione; 1 = compromissione lieve; 2 = compromissione moderata; 3= compromissione severa. Ogni aspetto va valutato in modo indipendente rispetto agli altri. La memoria è considerata categoria primaria; le altre sono secondarie. Se almeno tre categorie secondarie ottengono lo stesso punteggio della memoria, allora il CDR è uguale al punteggio ottenuto nella memoria. Se tre o più categorie secondarie ottengono un valore più alto o più basso della memoria, allora il punteggio della CDR corrisponde a quello ottenuto nella maggior parte delle categorie secondarie. Qualora due categorie ottengano un valore superiore e due un valore inferiore rispetto a quello ottenuto dalla memoria, il valore della CDR corrisponde a quello della memoria. La scala è stata successivamente estesa per classificare in modo più preciso gli stadi più avanzati della demenza (Hayman et al, 1987). I pazienti possono essere perciò classificati in stadio 4 (demenza molto grave) quando presentano severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da soli, nel controllare la funzione intestinale o vescicale. Sono classificati in stadio 5 (demenza terminale) quando richiedono assistenza totale perché completamente incapaci di comunicare, in stato vegetativo, allettati e incontinenti.

Criteri di applicazione tabella:

La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2019 è colei che riporta un punteggio sulla scala *Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)* >= 4, *ex art. 3, c. 2, lett. C) Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.*

Note:

Luogo e data_____

Firma e timbro del compilatore_____

copia informatica per consultazione

Allegato 1D

Scala per la valutazione della condizione della disabilità gravissima per le persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura.

Da compilare a cura del Medico Specialista della struttura sanitaria pubblica

Si certifica che il Signor/a

Nome_____ Cognome_____

Nato/a_____ il _____/____/_____

Residente a_____Prov._____

Via/piazza_____ n°_____ telefono_____

C.F. _____

Affetto/a da_____

Ha il seguente livello di lesione, per come identificato nella scala sottostante……

ASIA Impairment Scale (AIS)

☐	A= completa	Deficit sensitivo e motorio completo a livello C 4- C5
☐	B = incompleta	Deficit motorio completo con conservazione della sensibilità al di sotto del livello neurologico che include C4 – C5
☐	C = incompleta	La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e più della metà dei muscoli chiave ha una validità inferiore a3
☐	D= incompleta	La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e almeno la metà dei muscoli chiave ha una validità uguale o superiore a 3
☐	E = normale	Nessun deficit neurologico (non ipovalidità muscolare, sensibilità integra, non disturbi sfinterici ma possibili alterazioni dei riflessi)

Criteri di applicazione tabella:

La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2019 è colei che riporta un punteggio nella 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 ex art. 3 lett. d) Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.

Note……..

Luogo e data_____ Firma e timbro del compilatore_____

Allegato 1E

Scala per la valutazione della condizione della disabilità gravissima per le persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica e muscolare con particolare riferimento alla SLA

Da compilare a cura del Medico Specialista della struttura sanitaria pubblica preposta

Si certifica che il /la Signor/a

Nome_____ Cognome_____

Nato/a_____ il _____/____/_____

Residente a_____Prov._____

Via/piazza_____ n°_____ telefono_____

C.F. _____

Affetto/a da_____

Riporta il seguente punteggio ai sensi della scala sottostante……

A) Bilancio muscolare complessivo alla scala *Medical Research Counsil* (MRC)

Forza muscolare

La forza muscolare nei vari distretti muscolari viene valutata con la scala MRC (valori da 5 a 0).

☐ 5/5 alla scala MRC: movimento possibile contro resistenza massima;

☐ 4/5 alla scala MRC: movimento possibile solo contro resistenza minima;

☐ 3/5 alla scala MRC: movimento possibile solo contro gravità;

☐ 2/5 alla scala MRC: movimento possibile solo in assenza di gravità;

☐ 1/5 alla scala MRC: accenno al movimento;

☐ 0/5 alla scala MRC: assenza di movimento

Criteri di applicazione tabella:

La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2019 è colei che ha gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC) ex art. 3 comma 2 lett. e) Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.

Note…….

Luogo e data _____

Timbro e firma del compilatore_____

Allegato 1 E/A

Scala per la valutazione della condizione della disabilità gravissima per le persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica con particolare riferimento alla Sclerosi Multipla

Da compilare a cura del Medico Specialista della struttura sanitaria pubblica preposta

Si certifica che il/la Signor/a

*Nome*_____ *Cognome*_____
*Nato/a*_____ *il* _____/____/_____
*Residente a*_____*Prov.*_____
*Via/piazza*_____ *n°*_____ *telefono*_____
C.F. _____
*Affetto/a da*_____
Riporta il seguente punteggio ai sensi della scala sottostante:

Criteri di applicazione tabella:

- *La scala EDSS (Expanded Disability Status Scale) trova ampio uso come strumento per misurare e valutare le caratteristiche cliniche dei pazienti affetti da sclerosi multipla.*
- *La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2019 è colei che ha gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 ex art. 3 comma 2 lett. e) Decreto ministeriale del 26 settembre 2016.*

La stadiazione và effettuata in condizione di stabilità di malattia e/o in assenza di recidiva.

B) Expanded Disability Status Scale (EDSS)

Punteggio EDSS	**Caratteristiche cliniche**
1-3,5	Paziente deambulante, ma sono presenti deficit neurologici evidenti in diversi sistemi funzionali (motorio, sensitivo, cerebrale, visivo, sfinterico) di grado lieve-moderato, con un impatto parziale sull'autonomia.
4	Paziente autonomo, deambulante senza aiuto e senza riposo, per circa 500 metri.
4,5	Paziente autonomo, con minime limitazioni dell'attività quotidiana. Deambulazione possibile, senza soste e senza riposo, per circa 300 metri.
5	Paziente non del tutto autonomo, con modeste limitazioni dell'attività completa quotidiana. Deambulazione possibile, senza sosta e senza riposo per circa 200 metri.
5,5	Paziente non del tutto autonomo, con evidenti limitazioni dell'attività quotidiana. Deambulazione possibile, senza soste e senza riposo per circa 100 metri.
6	Paziente che necessita di assistenza saltuaria o costante da un lato per percorrere 100 metri senza fermarsi.
6,5	Paziente che necessita di assistenza bilaterale costante, per camminare 20 metri senza fermarsi.
7	Paziente in grado di camminare per più di 5 metri, anche con aiuto, e necessita di sedia a rotelle, riuscendo però a spostarsi dalla stessa da solo.
7,5	Paziente che può muovere solo qualche passo. È obbligato all'uso della carrozzella, e può aver bisogno di aiuto per trasferirsi dalla stessa.
8	Paziente che è obbligato a letto non per tutta la giornata o sulla carrozzella. In genere, usa bene una o entrambe le braccia.
8,5	Paziente essenzialmente obbligato a letto. Mantiene alcune funzioni di autoassistenza, con l'uso abbastanza buono di una o entrambe le braccia.
9	Paziente obbligato a letto e dipendente. Può solo comunicare e viene alimentato.
9,5	Paziente obbligato a letto, totalmente dipendente.
10	Morte dovuta alla malattia.

Note…….

Luogo e data _____Timbro e firma del compilatore_____

Allegato 1 E/B

Scala per la valutazione della condizione di disabilità gravissima per le persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica con particolare riferimento ai pazienti con morbo di Parkinson e Parkinsonismi Degenerativi e Atipici

Da compilare a cura del Medico Specialista della struttura sanitaria pubblica preposta

Si certifica che il/la Signor/a

Nome_____ Cognome_____

Nato/a_____ il _____/____/_____

Residente a_____Prov._____

Via/piazza_____ n°_____ telefono_____

C.F. _____

Affetto/a da_____

Riporta il seguente punteggio ai sensi della scala sottostante…….

C) Scala di *Hoehn e Yahr*

☐ Stadio 1: Malattia unilaterale.

☐ Stadio 2: Malattia bilaterale senza coinvolgimento dell'equilibrio.

☐ Stadio 3: Malattia da lieve a moderata, qualche instabilità posturale indipendente.

☐ Stadio 4: Malattia conclamata, ancora in grado di deambulare autonomamente.

☐ Stadio 5: Paziente costretto a letto o in sedia a rotelle.

Criteri di applicazione tabella:

- *La scala di Hoehn e Yahr è utile per definire lo stato clinico dl paziente affetto da morbo di Parkinson.*
- *La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2019 è colei che ha gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare in stadio 5 di Hoehn e Yahrmod, ex art. 3 comma 2 lett. e), Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016 e che corrisponda anche ad almeno 2 criteri dell'Allegato "2".*

Note:

……...

……...

……...

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____

Allegato 1 F

Certificazione per persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come <u>compresenza</u> di minorazione visiva totale o con residuo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetro binoculare inferiore al 10% 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'occhio migliore.

Da compilare a cura del Medico Specialista di riferimento della struttura sanitaria pubblica preposta

Si certifica che il/la Signor/a

Nome_____ Cognome_____

Nato/a_____ il _____/____/_____

Residente a_____Prov._____

Via/piazza_____ n°_____ telefono_____

C.F. _____

Affetto/a da_____

È da considerarsi persona 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'occhio migliore.

Note:

……..

……...

……...

……...

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____

Allegato 1 G

Scala per la valutazione della condizione di disabilità gravissima per le persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico.

Da compilare a cura del Medico Specialista di riferimento della struttura sanitaria pubblica

Si certifica che il/la Signor/a

Nome_____ Cognome_____
Nato/a_____ il _____/____/_____
Residente a_____Prov._____
Via/piazza_____ n°_____ telefono_____
C.F. _____
Affetto/a da_____
Ha il seguente livello di classificazione del DSM – 5, per come identificato nella scala sottostante

Livelli di gravità DMS – 5

	Livello di gravità	Comunicazione sociale	Comportamenti ristretti e ripetitivi
☐	Livello 3 È necessario un supporto molto significativo	I gravi deficit nella comunicazione sociale, verbale e non verbale, causano una grave difficoltà nel funzionamento; iniziativa molto limitata nell'interazione sociale e minima risposta all'iniziativa altrui.	Preoccupazioni, rituali fissi e/o comportamenti ripetitivi che interferiscono marcatamente con il funzionamento in tutte le sfere. Stress marcato quando i rituali o le routine sono interrotti; è molto difficile distogliere il soggetto dal suo focus di interesse, e se ciò avviene egli ritorna rapidamente ad esso.
☐	Livello 2 È necessario un supporto significativo	Deficit marcati nella comunicazione sociale, verbale e non verbale. L'impedimento sociale appare evidente anche quando è presente supporto; iniziativa limitata nell'interazione sociale e ridotta o anormale risposta all'iniziativa degli altri.	Preoccupazioni, rituali fissi e/o comportamenti ripetitivi appaiono abbastanza di frequente da essere evidenti per l'osservatore casuale e interferiscono con il funzionamento in diversi contesti. Stress o frustrazione appaiono quando sono interrotti ed è difficile ridirigere l'attenzione.
☐	Livello 1 E' necessario un supporto	Senza supporto i deficit nella comunicazione sociale causano impedimenti che possono essere notati. Il soggetto ha difficoltà ad iniziare le interazioni sociali e mostra chiari esempi di atipicità o insuccesso nella risposta ad iniziative altrui. Può sembrare che abbia un ridotto interesse nella interazione sociale.	Rituali e comportamenti ripetitivi causano una interferenza significativa in uno o più contesti. Resiste ai tentativi da parte degli altri di interromperli.

Criteri di applicazione tabella:

La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2019 è colei che ha una disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5, ex art. 3 comma 2 lett. g), Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.

Note:

……..

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____

Allegato 1 H

Scala per la valutazione della condizione di disabilità gravissima per le persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM – 5, con ***QI <= 34***.

Da compilare a cura dello Specialista di riferimento della struttura sanitaria pubblica.

Si certifica che il/la Signor/a

Nome_____ Cognome_____

Nato/a_____ il _____/____/_____

Residente a_____Prov._____

Via/piazza_____ n°_____ telefono_____

C.F. _____

Affetto/a da_____

Riporta il seguente punteggio ai sensi della scala sottostante:……..

LAPMER-Level of Activity in *Profound/Severe Mental Retardation*

ITEMS	Livelli	Punteggio
Alimentazione	Viene alimentato, cibo di consistenza modificata	0
	Viene alimentato, cibo di consistenza ordinaria	1
	Porta cibo alla bocca (con o senza supervisione o assistenza)	2
Controllo sfinterico	Non riesce a segnalare necessità di evacuazione né eventuali perdite (vescicali o intestinali)	0
	Riesce a segnalare necessità di evacuazione né eventuali perdite (vescicali o intestinali)	1
Comunicazione	Riesce a segnalare alcuni bisogni, attraverso un comportamento aspecifico o stereotipato	0
	Riesce a segnalare alcuni bisogni identificabili da comportamenti specifici	1
	Comunica bisogni verbalmente	2
Manipolazione	Manipolazione assente, oppure reazione di afferramento	0
	Afferramento palmare spontaneo	1
	Utilizza la pinza pollice - indice	2
Vestizione	Vestizione passiva	0
	Si sforza di dare una qualche collaborazione	1
Locomozione	Stazionario anche su sedia o carrozzina	0
	Si trasferisce nell'ambiente	1
Orientamento spaziale	Non ha orientamento spaziale	0
	Si orienta in ambienti familiari	1
	Si orienta al difuori del suo ambiente familiare (casa, reparto assistenziale)	2
Prassie	Nessuna prassia, oppure movimenti afinalistici e stereotipati	0
	Realizza prodotti plastici o grafici (incastra, connette, plasma e colora oppure pilota una carrozzina manualmente)	1
	Disegna o pilota una carrozzina elettrica	2
TOTALE PUNTEGGIO		

Criteri di applicazione tabella:

La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2019 è colei che riporta un punteggio sulla scala LAPMER-Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation <= 8, ex art. 3 comma 2 lett. h), Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.

Note: ……..

Luogo e data _____Firma e timbro del compilatore_____

Allegato 2

Valutazione della condizione di dipendenza vitale (articolo 3, comma 2, lettera i) Decreto Ministeriale 26 Settembre 2016) da utilizzare per tutte le patologie e i casi che non rientrano nelle tabelle dell'allegato 1

Da compilare a cura dello Specialista di riferimento per patologia della struttura sanitaria pubblica.

Si certifica che il/la Signor/a

Nome_____ Cognome_____

Nato/a_____ il _____/____/_____

Residente a_____Prov._____

Via/piazza_____ n°_____ telefono_____

C.F. _____

Affetto/a da_____

Ai fini della identificazione delle persone in condizione di dipendenza ha le seguenti compromissioni:

UNO almeno dei seguenti domini (barrare la casella corrispondente):

1. **MOTRICITÀ** (Dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana)

   (Scala ADL-Indice di dipendenza nelle attività della vita quotidiana)

   ☐ Le attività della vita quotidiana sono svolte completamente da un'altra persona

2. **STATO DI COSCIENZA** (Compromissione severa o persona non cosciente)

   ☐ Raramente prende decisioni

   ☐ Mai prende decisioni ☐ Persona non cosciente

   Ed UNO dei seguenti altri domini
   (Barrare la casella corrispondente):

3. **RESPIRAZIONE**

   ☐ Necessità di respirazione quotidiana
   ☐ Presenza di Tracheostomia

4. **NUTRIZIONE**
   ☐ Necessita di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi (come da linee guida allegate)
   ☐ Combinata orale e enterale/parenterale
   ☐ Solo tramite sondino naso-gastrico (SNG)
   ☐ Solo tramite gastrostomia (es. PEG)
   ☐ Solo parenterale (attraverso catetere venoso centrale CVC)

NB: *Si intendono in condizioni di dipendenza vitale le persone che hanno compromissioni in almeno uno dei domini di cui ai punti 1 e2 ed in almeno uno di cui ai punti 3 e 4.*

Note……..

Luogo e data_____

Firma e timbro del compilatore_____

ALLEGATO 3 PROT. N. _____

CERTIFICAZIONE MEDICA SPECIALISTICA
DELLA CONDIZIONE DI "DISABILITÀ GRAVISSIMA"
(art. 3 D.M. 26/09/2016)

Il / La sottoscritto/a Dr. / Dr. ssa _____

In servizio presso _____

Certifica che

Il / La Sig. / Sig.ra_____

Nato/a_____ il_____

Residente a_____

Via_____ n._____ CAP_____

E' AFFETTO DA_____ E RIENTRA IN ALMENO UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI:

a) Persone in condizioni di coma, stato vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala di *Glasgow Coma Scale* (GSC) <=10
PUNTEGGIO RISCONTRATO: _____;
b) Persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24 h/ 7 giorni);
c) Persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala *Clinical Dementia Rating Scale* (CDRS) >= 4 PUNTEGGIO RISCONTRATO: _____;
d) Persone con lesioni spinali fra CO/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 della scala *Medical Research Council* (MRC), o con punteggio alla *Expanded Disability Status Scale* (EDSS) >= 9 PUNTEGGIO RISCONTRATO: _____, o in stadio 5 di *Hoen 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 Q.I. <=34 PUNTEGGIO RISCONTRATO: _____ e con punteggio sulla scala *Level of Activity in Profound/ Severe Mental Retardaion* (LAPMER) <= 8 PUNTEGGIO RISCONTRATO :_____;
i) Ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale (v. Allegato 2 D.M. 26.09.2016) che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

N.B. Lo specialista deve sempre barrare la voce che ricorre ed indicare il punteggio della scala funzionale accertato e allegare la stessa.

Data _____ Timbro e firma del medico specialista

_____

MODELLO "A1"

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI COSENZA - U.O.C. COORDINAMENTO SERVIZI SOCIALI

Domanda di valutazione per l'attivazione del contributo destinato alle disabilità gravissime - FNA 2020 (IN GRADUATORIA FNA 2019)

Gli utenti destinatari del contributo saranno i cittadini residenti nei Comuni afferenti all'Asp di Cosenza in condizione di disabilità gravissima, ivi inclusi quelli affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica, stato di Demenza molto grave, quali, tra gli altri, quelli affetti dal morbo di Alzheimer, in condizione di dipendenza vitale e che necessitano, 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 vigile da parte di terza persona.

Anagrafica dichiarante

Cognome_____Nome_____

Data di nascita_____ Luogo di nascita_____

Codice fiscale_____ Residente a _____

Via_____ Tel./ Cell. _____

Mail _____ Titolo_____

Per l'indicazione del titolo scegliere tra le seguenti opzioni: a) sè stesso; b) familiare/ genitore o chi esercita la responsabilità genitoriale/ caregiver o chi esercita la rappresentanza legale o tutela

Anagrafica assistito (se diverso dal dichiarante)

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale_____ Residente a _____

Via _____ Tel./ Cell. _____

CHIEDE

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

Ai sensi del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali per dichiarazioni non veritiere, falsità negli atti o l'uso di atti falsi,

DICHIARA

-che il beneficiario non è attualmente ricoverato, a tempo indeterminato, presso struttura socio sanitaria 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 o dell'Asp di Cosenza, con il decesso del beneficiario e per sopravvenuta carenza dei requisiti di ammissibilità;

-di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione all'UOC Servizi Sociali 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/o altri Enti e che l'accettazione dell'Assegno di cura è, pertanto, sostitutiva di ogni altra prestazione di carattere socio assistenziale;

-di acconsentire alle verifiche che l'Asp intenderà, eventualmente, programmare, secondo modalità e tempistiche ritenute opportune a tal fine (es. dettagliata rendicontazione circa l'utilizzo del contributo, visite a domicilio ecc…).

ALLEGA

- Autocertificazione, ai sensi del D.P.R. 445/2000, dell'esistenza in vita del beneficiario;
- Attestazione ISEE socio sanitario, con riferimento ai valori come riportati all'art. 3 del presente avviso, in corso di validità;
- Autocertificazione, ai sensi del D.P.R. 445/2000, dello stato di famiglia del beneficiario;
- Autocertificazione, ai sensi del D.P.R. 445/2000, attestante la sussistenza dell'invalidità civile al 100% e dell'indennità di accompagnamento, nonché dello *status* di *handicap* in condizione di gravità, di cui alla Legge 5 febbraio 1992, n. 104, art. 3, comma 3 in corso di validità;
- copia documenti di identità di richiedente e beneficiario (se minore, di entrambi i genitori).

Nella diversa ipotesi in cui siano intervenute delle variazioni delle condizioni socio sanitarie del soggetto, rispetto a quanto già dichiarato e attestato per l'anno 2018, il richiedente avrà obbligo di comunicare, tempestivamente, e con opportuna certificazione, le variazioni intervenute, entro i termini utili previsti dal bando per la presentazione della domanda.

CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./ Sig.ra _____

Via / Piazza _____ n. _____ Comune _____

CAP _____ Tel. / Cell. _____ 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 _____ Codice fiscale _____

Tramite accredito sul: **Conto Corrente Bancario; Conto Corrente Postale; Postepay Evolution.**

Intestato a _____

N.B. NON SONO AMMESSI LIBRETTI POSTALI E/O BANCARI

Codice IBAN (27 caratteri) _____

[ ] c/o Banca / Ufficio Postale _____; Sede Agenzia _____

Informativa PRIVACY: informato, ai sensi dell'art. 13 D.lvo 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.lvo 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 il diritto 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 artt. 81 e 89 del D.lvo 196/2003 e s. m. i., presta il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste dagli "*interventi in favore di persone affette da disabilità gravissime*" della Regione Calabria, ai sensi della D.G.R. n. 331/2023.

Luogo e data

_____

Firma del richiedente

_____

MODELLO "A2"

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI COSENZA - U.O.C. COORDINAMENTO SERVIZI SOCIALI

Domanda di valutazione per l'attivazione del contributo destinato alle disabilità gravissime - FNA 2020

Gli utenti destinatari del contributo saranno i cittadini residenti nei Comuni afferenti all'Asp di Cosenza in condizione di disabilità gravissima, ivi inclusi quelli affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica, stato di Demenza molto grave, quali, tra gli altri, quelli affetti dal morbo di Alzheimer, in condizione di dipendenza vitale e che necessitano, 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 vigile da parte di terza persona.

Anagrafica dichiarante

Cognome_____Nome_____

Data di nascita_____ Luogo di nascita_____

Codice fiscale_____ Residente a _____

Via_____ Tel./ Cell. _____

Mail _____ Titolo_____

Per l'indicazione del titolo scegliere tra le seguenti opzioni: a) sè stesso; b) familiare/ genitore o chi esercita la responsabilità genitoriale/ caregiver o chi esercita la rappresentanza legale o tutela

Anagrafica assistito (se diverso dal dichiarante)

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale_____ Residente a _____

Via _____ Tel./ Cell. _____

CHIEDE

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

Ai sensi del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali per dichiarazioni non veritiere, falsità negli atti o l'uso di atti falsi,

DICHIARA

-che il beneficiario non è attualmente ricoverato, a tempo indeterminato, presso struttura socio sanitaria 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 o dell'Asp di Cosenza, con il decesso del beneficiario e per sopravvenuta carenza dei requisiti di ammissibilità;

-di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione all'UOC Servizi Sociali 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/o altri Enti e che l'accettazione dell'Assegno di cura è, pertanto, sostitutiva di ogni altra prestazione di carattere socio assistenziale;

-di acconsentire alle verifiche che l'Asp intenderà, eventualmente, programmare, secondo modalità e tempistiche ritenute opportune a tal fine (es. dettagliata rendicontazione circa l'utilizzo del contributo, visite a domicilio ecc.).

ALLEGA

- Certificazione sanitaria (scheda di valutazione di cui al D.M. 26 settembre 2016 e allegato 3) rilasciata da una Struttura Sanitaria Pubblica, con relativo numero di protocollo attestante la patologia determinante dipendenza vitale e il grado di non autosufficienza / gravità, conformemente a quanto previsto dal D.M. 26 settembre 2016 e secondo quanto previsto dall'art. 5 del presente Avviso pubblico;
- Verbale di riconoscimento dell'invalidità civile al 100% e dell'indennità di accompagnamento, in corso di validità, secondo quanto previsto dall'art. 5 del presente Avviso pubblico
- Certificazione, ai sensi dell'art. 3, c. 3, L. 104/1992, dello *status* di *handicap* con connotazione di gravità, in corso di gravità, secondo quanto previsto dall'art 5 del presente Avviso pubblico;
- Attestazione ISEE socio sanitario in corso di validità, per valori inferiori a euro 50.000,00, accresciuti a 65.000,00 in caso di beneficiari minorenni, dove l'ISEE da utilizzare è quello per prestazioni agevolate di natura socio – sanitaria;
- 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, ai sensi del D.P.R. 445/2000, dello stato di famiglia del beneficiario;
- Copia del decreto di nomina di tute, curatela o di amministrazione di sostegno nelle ipotesi ivi previste.

CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./ Sig.ra _____

Via / Piazza _____ n. _____ Comune _____

CAP _____ Tel. / Cell. _____ 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 _____ Codice fiscale _____

Tramite accredito sul: **Conto Corrente Bancario; Conto Corrente Postale; Postepay Evolution.**

Intestato a _____

N.B. NON SONO AMMESSI LIBRETTI POSTALI E/O BANCARI

Codice IBAN (27 caratteri) _____

[ ] c/o Banca / Ufficio Postale _____; Sede Agenzia _____

Informativa PRIVACY: informato, ai sensi dell'art. 13 D.lvo 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.lvo 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 il diritto 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 artt. 81 e 89 del D.lvo 196/2003 e s. m. i., presta il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste dagli "*interventi in favore di persone affette da disabilità gravissime*" della Regione Calabria, ai sensi della D.G.R. n. 331/2023.

Luogo e data

_____

Firma del richiedente

_____

copia informatica per consultazione

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE COSENZA

REGIONE CALABRIA

Proposta n. 2597 del 10/09/2025 - Unità Proponente UOC SERVIZI SOCIALI

Oggetto: ATTUAZIONE DECRETO DIRIGENZIALE DELLA REGIONE CALABRIA N. 5085 DEL 15/04/2024 "FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA ANNUALITÀ 2019-2021 - DPCM 21 DICEMBRE 2020 - DGR N. 331 DEL 10 LUGLIO 2023 - TRASFERIMENTO FONDO F.N.A. ANNUALITÀ 2020 IN FAVORE DELLE AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI". - AVVISO PUBBLICO F.N.A. ANNO 2020

Si attesta che la spesa di € 2.789.678,03 scaturente dalla presente proposta al conto n. 502011406 del bilancio economico preventivo 2025 , presenta la necessaria disponibilità per la copertura finanziaria.

Cosenza, 10/09/2025

Il Direttore f.f. dell'UOC Risorse Economiche e Finanziarie

Dott.ssa ALBERTA CELESTINO

(Sottoscritto digitalmente ai sensi dell'art. 24 D.L.gs n 82/2005 e s.m.i.)

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE COSENZA

REGIONE CALABRIA

PARERE DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Sulla proposta 2597/2025 dell'Unità UOC SERVIZI SOCIALI ad oggetto: ATTUAZIONE DECRETO DIRIGENZIALE DELLA REGIONE CALABRIA N. 5085 DEL 15/04/2024 "FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA ANNUALITÀ 2019-2021 - DPCM 21 DICEMBRE 2020 - DGR N. 331 DEL 10 LUGLIO 2023 - TRASFERIMENTO FONDO F.N.A. ANNUALITÀ 2020 IN FAVORE DELLE AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI". - AVVISO PUBBLICO F.N.A. ANNO 2020 si esprime parere FAVOREVOLE in merito all'adozione della deliberazione.

Cosenza, 10/09/2025

Il Direttore Amministrativo
Dott. REMIGIO MAGNELLI

(Sottoscritto digitalmente ai sensi dell'art. 24 D.L.gs n 82/2005 e s.m.i.)

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE COSENZA

REGIONE CALABRIA

PARERE DIRETTORE SANITARIO

Sulla proposta 2597/2025 dell'Unità UOC SERVIZI SOCIALI ad oggetto: ATTUAZIONE DECRETO DIRIGENZIALE DELLA REGIONE CALABRIA N. 5085 DEL 15/04/2024 "FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA ANNUALITÀ 2019-2021 - DPCM 21 DICEMBRE 2020 - DGR N. 331 DEL 10 LUGLIO 2023 - TRASFERIMENTO FONDO F.N.A. ANNUALITÀ 2020 IN FAVORE DELLE AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI". - AVVISO PUBBLICO F.N.A. ANNO 2020 si esprime parere FAVOREVOLE in merito all'adozione della deliberazione.

Cosenza, 10/09/2025

Il Direttore Sanitario
Dr. MARTINO MARIA RIZZO

(Sottoscritto digitalmente ai sensi dell'art. 24 D.L.gs n 82/2005 e s.m.i.)

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE COSENZA

REGIONE CALABRIA

RELATA DI PUBBLICAZIONE

DELIBERA N° 2174 DEL 10/09/2025

OGGETTO: ATTUAZIONE DECRETO DIRIGENZIALE DELLA REGIONE CALABRIA N. 5085 DEL 15/04/2024 "FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA ANNUALITÀ 2019-2021 - DPCM 21 DICEMBRE 2020 - DGR N. 331 DEL 10 LUGLIO 2023 - TRASFERIMENTO FONDO F.N.A. ANNUALITÀ 2020 IN FAVORE DELLE AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI". - AVVISO PUBBLICO F.N.A. ANNO 2020

Si attesta che la presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio on-line dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza il 11/09/2025 e vi rimarrà per quindici giorni consecutivi ed è immediatamente disponibile on-line per il Collegio Sindacale.

Cosenza, 11/09/2025

UOC AFFARI GENERALI
Il Direttore o suo Delegato
GIOVANNA BORROMEO
(Sottoscritto digitalmente ai sensi dell'art. 24 D.L.gs n 82/2005 e s.m.i.)

Dichiarazione di conformità della copia informatica

Il presente documento, ai sensi dell'art. 23-bis del CAD e successive modificazioni, è copia conforme informatica del documento sottoscritto con firma digitale, predisposto e conservato presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza.

UOC AFFARI GENERALI
Il Direttore o suo Delegato
GIOVANNA BORROMEO
(Sottoscritto digitalmente ai sensi dell'art. 24 D.L.gs n 82/2005 e s.m.i.)