



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

CROTONE

Azienda Provinciale Provinciale-Crotone
Ufficio Affari Generali
Crotone, Calabria
Dipartimento Pubblicazioni Atti
13 del 03 FEB



REGIONE CALABRIA

2020 Direzione
Affari Generali
Dresso Anno
A. Neri

AVVISO PUBBLICO

INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONI DI DISABILITÀ GRAVISSIMA

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. 638 del 14dicembre 2018 con la quale sono state approvate le linee guida relative al F.N.A. (Fondo della Non Autosufficienza) dell'annualità 2015, 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.31 del Decreto Interministeriale del 14 maggio 2015;

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

Per quanto in premessa,

l'Asp di Crotone emana il seguente avviso finalizzato all'erogazione di un contributo alla persona con disabilità gravissima e dipendenza vitale 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 Crotone attiva, nei limiti delle risorse finanziarie provenienti dalla Regione, pari ad €. 478.307,58 (Euro quattrocentosettantottomila trecentosette e cinquantotto centesimi), giusto Decreto Dirigenziale n.2725 del 6.03.2019, 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 Crotone 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 vigile da parte di terza persona per garantire l'integrità psico-fisica.

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 Crotone 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



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

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 11)

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 IL) ;

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.

Art.4

Presentazione delle istanze

Le domande per poter accedere al contributo dovranno essere presentate presso l'ASP di Crotone entro il termine perentorio di 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso, utilizzando il modello allegato, secondo una delle seguenti modalità:

1. in busta chiusa, a mezzo Raccomandata A/R, da inviare a: **ASP di Crotone - Affari Generali - Ufficio Protocollo, Via Mario Nicoletta, Angolo Via G. Di Vittorio – 88900 CROTONE** -, indicando all'esterno della busta "Avviso Disabilità Gravissime - FNA anno 2015". Farà fede il timbro postale;
2. tramite PEC all'indirizzo: **protocollo@pec.asp.crotone.it**, indicando nell'oggetto: "Avviso Disabilità Gravissime - FNA anno 2015";
3. in busta chiusa, a mano, presso il protocollo generale dell'ASP, indicando all'esterno della busta "Avviso Disabilità Gravissime - FNA anno 2015".

Alla domanda dovrà essere allegata, pena l'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,;



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

- 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
- 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 del 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.

F.to

Il Commissario Straordinario: Dott. Gilberto Gentili
Il Direttore del D.S.U.A. : Dott. Pietro Luigi Brisinda

Al Distretto Unico Aziendale dell'ASP di Crotona

OGGETTO: DOMANDA DI VALUTAZIONE PER L'ATTIVAZIONE DEL CONTRIBUTO DESTINATO ALLE DISABILITÀ GRAVISSIME

Supporto alla persona con disabilità gravissima mediante trasferimenti monetari alle famiglie finalizzati agli acquisti di servizi di cura e assistenza domiciliare 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 e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona per garantirne l'integrità psico-fisica.

IL SOTTOSCRITTO

Dati del soggetto dichiarante:

Nome	Cognome
Data di nascita	Comune di nascita
Codice fiscale	
Residenza (Comune)	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
Data di nascita	Comune di nascita
Codice fiscale	
Residenza (Comune)	Via
Telefono	

CHIEDE

l'accesso alla valutazione per la concessione 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 penali, 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 socio - sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- di essere a conoscenza che il diritto al contributo cessa con il reinserimento 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, se ammesso 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 trenta giorni, ai fini della 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, dichiarando di essere a conoscenza che l'accettazione dell'assegno di cura è, pertanto, sostitutiva di ogni altra prestazione di carattere socio – assistenziale;
 - di non usufruire di altre forma di assistenza socio sanitaria domiciliare H24 erogata da Enti pubblici o privati accreditati;
- oppure
- di usufruire di assistenza socio sanitaria H 24 _____ (specificare)
erogata da _____ (specificare)

ALLEGA:

- 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'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;
- 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 del Decreto di nomina di tutela, curatela o di amministrazione di sostegno *(se ricorre il caso)*

CHIEDE

che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

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

diretto a Sig..... nat... a..... Prov..... il.....
CF:.....
tramite accredito sul conto corrente bancario / postale
(codice IBAN) _____

e / o banca/ ufficio Postale _____ sede / Agenzia di _____

informativa privacy: *il sottoscritto è 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 o 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 della modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli artt. 81 e 82 del D. Lgs. N° 196/2003 e s.m. L, 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 D.GR. N° 364/2016.

Luogo e data _____

Firma
