



CITTÀ DI PAOLA PROVINCIA DI COSENZA

SETTORE 4

UFFICIO DI PIANO A.T.S. 2 PAOLA – CETRARO

Comuni di Acquappesa, Bonifati, Cetraro, Falconara Albanese, Fuscaldo, Guardia Piemontese, Paola, Sangineto, San Lucido.
Comune Capofila: Paola

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N.2 PAOLA/CETRARO

Comune capofila di Paola

Ufficio di Piano

AVVISO PUBBLICO

finalizzato a fornire supporto alle persone in condizione di disabilità gravissima e al nucleo familiare di appartenenza

**Intervento a valere sul Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (FNA) – Annualità 2022 –
Area disabilità gravissima
CUP C49G25000410003**

PREMESSA

VISTA la legge 8 novembre 2000, n. 328, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", che riconosce il diritto di usufruire delle prestazioni e dei servizi del sistema integrato e individua quali destinatari prioritari i soggetti in condizione di limitata autonomia o incapacità, totale o parziale, di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico e psichico;

VISTA la legge regionale 26 novembre 2003, n. 23 e s.m.i., "Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali nella Regione Calabria", come modificata dalla L.R. 3 agosto 2018, n. 26, che riconosce la centralità delle comunità locali nella promozione della qualità della vita e delle relazioni tra le persone;

RICHIAMATI gli articoli 2, 3 e 118 della Costituzione, l'art. 14 della legge n. 328/2000, la lettera 1-ter) del comma 2 dell'art. 39 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nonché l'art. 19 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, ratificata con legge 3 marzo 2009, n. 18, che riconoscono il diritto alla vita indipendente e all'autodeterminazione, sostenendo la persona con disabilità nel raggiungimento di una maggiore autonomia e nella piena inclusione sociale, al fine di ridurre il ricorso all'istituzionalizzazione;

PRESO ATTO della D.G.R. n. 210 del 22 giugno 2015, come integrata e modificata con D.G.R. n. 410 del 21 settembre 2018, in materia di ridefinizione degli ambiti territoriali intercomunali e riorganizzazione del sistema dell'offerta dei servizi socio-assistenziali;

VISTA la D.G.R. n. 503 del 25 ottobre 2019 e s.m.i., che definisce il nuovo assetto amministrativo che vede gli Ambiti territoriali titolari delle funzioni socio-assistenziali, riservando all'Ente regionale l'indirizzo, la programmazione e il coordinamento delle politiche sociali;

VISTO il D.P.C.M. 3 ottobre 2022, di adozione del Piano Nazionale per la Non Autosufficienza (PNNA) e di riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022–2024;

VISTO il D.Lgs. 3 maggio 2024, n. 62, in attuazione della delega di cui alla legge n. 227/2021, recante la definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base e multidimensionale per l'elaborazione e l'attuazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato;

VISTO il D.M. 26 settembre 2016, che individua all'art. 3 le condizioni cliniche di disabilità gravissima;

DATO ATTO che gli ATS, nel rispetto della programmazione regionale, assicurano l'erogazione dei servizi socioassistenziali di cui alle aree individuate ai commi 162 e 164 dell'art. 1 della legge n. 234/2021 (LEPS), costituendo la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi utili al raggiungimento dei LEPS medesimi;

PRESO ATTO che con D.G.R. n. 161 del 22 aprile 2025 e D.G.R. n. 306 del 20 giugno 2025 la Regione Calabria ha adottato e rimodulato la programmazione regionale per il triennio FNA 2022–2024, destinando l'intero Fondo agli ATS, sia per l'area delle persone con disabilità grave sia per quella delle persone con disabilità gravissima, superando il precedente modello che vedeva coinvolte le Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) nella gestione dei servizi rivolti alle persone con disabilità gravissima;

PRESO ATTO che con D.D.G. n. 11082 del 29 luglio 2025 è stato impegnato il Fondo in favore degli Ambiti Territoriali Sociali e che con D.D.G. n. 11463 del 4 agosto 2025 si è proceduto alla liquidazione delle risorse relative alle aree “persone con disabilità grave” e “persone anziane non autosufficienti”;

PRESO ATTO che con Decreto dirigenziale n. 1174 del 25 giugno 2026 si è proceduto al trasferimento, in favore degli Ambiti Territoriali Sociali, delle risorse del F.N.A. annualità 2022 relative all'area “disabilità gravissima”;

PRESO ATTO della D.G.R. n. 425/2025, con cui la Regione Calabria ha approvato le Linee Guida per il funzionamento del Punto Unico di Accesso (PUA) e delle Unità di Valutazione Multidimensionale;

PRESO ATTO della D.G.R. n. 277 del 2 giugno 2026, con cui la Regione Calabria ha approvato le Linee di Indirizzo per l'attuazione del D.Lgs. n. 62/2024;

PRESO ATTO del Decreto Dirigenziale n. 10062 del 9 giugno 2026, recante approvazione dello schema tipo di Accordo interistituzionale di collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria per le persone con disabilità in condizione di non autosufficienza;

VISTO il Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016 (GDPR), nonché il D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, come modificato dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101 (Codice Privacy), con particolare riguardo agli artt. 5, 6, 9, 13, 26 e 28 del Regolamento, in considerazione del fatto che il presente procedimento comporta il trattamento di dati appartenenti a categorie particolari ai sensi dell'art. 9 GDPR (dati relativi alla salute) di soggetti in condizione di estrema vulnerabilità;

DATO ATTO che l'Ambito Territoriale n.2 Paola/Cetraro ha indetto la Conferenza dei Sindaci, tenutasi il 05/03/2026, nella quale, nel rispetto delle modalità di confronto con le autonomie locali e mediante consultazione delle parti sociali e degli enti del Terzo settore, è stata approvata all'unanimità la proposta di Piano programmatico del Fondo per la Non Autosufficienza 2022;

DATO ATTO della nota prot. n. 37362 del 26/06/2026 con cui la Regione Calabria ha approvato la programmazione del fondo de quo;

RILEVATO che, secondo quanto stabilito dalle linee guida regionali relative alla programmazione FNA 2022–2024, per l'individuazione della platea dei beneficiari si fa riferimento al punto 4.1 del PNNA 2022–2024, che individua quali destinatari le persone che, in virtù di specifiche condizioni di salute biopsicofisica, sociale e relazionale che rendano problematico il rapporto con i propri contesti di riferimento, richiedano interventi e servizi di supporto volti a migliorare lo stato di salute e la qualità di vita, anche in presenza di fabbisogni complessi di tipo sanitario dipendenti da patologie e condizioni invalidanti stabili o croniche che le espongano — a qualunque età e in particolare in età avanzata — a rischio di marginalizzazione o di deterioramento delle proprie condizioni di vita;

Tutto ciò premesso e considerato, il Responsabile dell'Ufficio di Piano

RENDE NOTA

la procedura di presa in carico e di ammissione al beneficio a valere sul Fondo FNA 2022 – area disabilità gravissima.

ART. 1 – OGGETTO DELL'AVVISO E FINALITÀ

Il presente Avviso assegna un contributo economico, nella forma dell'Assegno di cura e per l'autonomia, nei limiti dell'importo finanziato previa formazione di apposita graduatoria, per interventi in favore di persone in condizione di disabilità gravissima, ossia con necessità di sostegno elevato o molto elevato. La finalità è fornire supporto alle persone non autosufficienti e al loro nucleo familiare, nel quadro generale di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) del bisogno e di progettazione personalizzata.

I servizi e le prestazioni destinati alle persone con disabilità gravissima non sono sostitutivi, bensì aggiuntivi e complementari rispetto all'assistenza sanitaria. In coerenza con il principio di universalità di accesso, la condizione economica non costituisce elemento discriminante per il diritto all'accesso, ma esclusivamente elemento di graduazione della misura da finanziare.

ART. 2 – INTERVENTO PREVISTO E BUDGET

L'intervento ammissibile a valere sul presente Avviso è l'Assegno di cura e per l'autonomia, erogato per dodici mensilità a copertura dell'annualità 2026, per il periodo dal 1° gennaio al 31 dicembre 2026, per l'importo complessivo di € 392.826,11 .

ASSEGNO DI CURA E PER L'AUTONOMIA

Contributo economico per l'acquisto dei sostegni programmati nel Budget di Progetto Individualizzato, redatto dal Servizio sociale professionale dell'ATS n.2 di Paola/Cetraro congiuntamente all'U.V.M. dell'ASP territorialmente competente. La misura si sostanzia in un trasferimento monetario erogato in dodici mensilità e, in coerenza con il PNNA 2022–2024, integra — senza sostituirla — l'assistenza sanitaria, costituendo strumento di acquisto dei sostegni messi a sistema nel Budget di progetto. Gli importi sono così graduati in ragione della valutazione multidimensionale:

- euro 1.000,00 mensili in favore di persone in condizione di dipendenza vitale, che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio sociosanitario nelle 24 ore, con livello di cura ad alta complessità e intensità elevata (documentata rapida progressione di malattia, portatori di tracheo-PEG, ventilazione assistita, stato vegetativo puro);
- euro 600,00 mensili in favore delle restanti persone con disabilità gravissima, rimodulabile in ragione della valutazione globale.

L'intervento è monitorato dal Servizio sociale professionale per verificarne l'effettiva efficacia e beneficio. A tal fine l'ATS richiede una rendicontazione dettagliata attestante l'acquisto di servizi diretti e/o indiretti. L'Assegno di cura:

- deve essere destinato all'acquisto di prestazioni di cura e assistenza mediante regolare contratto di lavoro con assistenti personali, ovvero all'acquisto di servizi da enti autorizzati e accreditati ai sensi della D.G.R. n. 503/2019 e s.m.i.;
- è soggetto all'obbligo di rendicontazione delle spese effettivamente sostenute, ad eccezione della quota riconosciuta a titolo di sostegno al caregiver familiare, ai sensi dell'art. 1, comma 164, della L. 234/2021 e dell'art. 1, comma 255, della L. 205/2017. Per tale quota non è richiesta la rendicontazione contabile delle spese, fermo restando l'obbligo per l'ATS di verificarne l'efficacia nell'ambito del progetto assistenziale. A tal fine è sufficiente la presentazione, da parte del familiare, di un'autocertificazione attestante lo svolgimento dell'attività di caregiver familiare (Allegato 6);
- può essere erogato progressivamente ovvero in unica soluzione, anche in forma di voucher o buoni;
- può essere impegnato per la frequentazione di Centri Diurni regolamentati dalla D.G.R. n. 503/2019 e s.m.i.; le attività sono programmate in sede di U.V.M. e la struttura garantisce, tramite i propri operatori, lo svolgimento del piano personalizzato programmato per la persona beneficiaria;
- non comporta rapporti diretti tra l'ATS e l'ente erogatore del servizio o della prestazione.

ART. 3 – DESTINATARI E REQUISITI SOGGETTIVI

Sono destinatari i cittadini residenti nei Comuni dell'ATS n.2 di Paola/Cetraro, con particolare riferimento ai Comuni di Acquappesa, Bonifati, Cetraro, Falconara Albanese, Fuscaldo, Guardia Piemontese, Paola, Sangineto, San Lucido, in condizione di disabilità gravissima, ivi inclusi i soggetti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica, da stato di demenza molto grave (tra cui il morbo di Alzheimer) o in stato di dipendenza vitale, che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche, con compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali o dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona.

Ai sensi del PNNA, la soglia di accesso ISEE per prestazioni agevolate di natura sociosanitaria non può essere superiore a 50.000,00 euro, accresciuti a 65.000,00 euro in caso di beneficiari minorenni. L'erogazione degli interventi è subordinata al possesso, al momento della domanda, dei seguenti requisiti congiunti:

- invalidità civile al 100% (legge n. 118/1971) e indennità di accompagnamento (legge n. 18/1980), con verbali in corso di validità;
- riconoscimento dello status di disabilità in condizione di gravità (art. 3, comma 3, legge n. 104/1992), con verbale in corso di validità;

- attestazione ISEE per prestazioni agevolate sociosanitarie nei limiti predetti;
- carattere non sostitutivo dell'intervento rispetto all'assistenza sanitaria: la persona non deve essere beneficiaria di altri contributi monetari aventi la medesima finalità assistenziale a valere su fondi diversi.

L'erogazione del contributo tiene conto delle condizioni socio-familiari e ambientali del richiedente; a tal fine l'ATS provvede alla compilazione di apposite schede sociali finalizzate alla valutazione delle condizioni richieste.

ART. 4 – CONDIZIONI CLINICHE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA (art. 3 D.M. 26.09.2016)

Ai fini della corretta valutazione delle istanze e dell'individuazione dei beneficiari, l'ATS, congiuntamente all'Unità di Valutazione Multidimensionale dell'ASP, fa riferimento all'art. 3, comma 2, del D.M. 26 settembre 2016, per il quale sono persone in condizione di disabilità gravissima quelle beneficiarie dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 18/1980, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del D.P.C.M. n. 159/2013, per le quali sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:

- a) Coma, Stato Vegetativo (SV) o Stato di Minima Coscienza (SMC), con GCS ≤ 10 (Allegato 1A);
- b) dipendenza da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 (Allegato 1B);
- c) grave o gravissimo stato di demenza, con CDR-S ≥ 4 (Allegato 1C);
- d) lesioni spinali fra C0 e C5, con livello AIS grado A o B da entrambe le lateralità (Allegato 1D);
- e) gravissima compromissione motoria (SLA, Sclerosi Multipla, Parkinson, altre patologie), con MRC ≤ 1 , EDSS ≥ 9 ovvero stadio 5 di Hoehn e Yahr modificata (Allegati 1E, 1E/A, 1E/B);
- f) deprivazione sensoriale complessa (visus $\leq 1/20$ o $< 10\%$ e ipoacusia ≥ 90 decibel) (Allegato 1F);
- g) gravissima disabilità comportamentale (autismo livello 3 del DSM-5) (Allegato 1G);
- h) ritardo mentale grave o profondo (QI ≤ 34 e LAPMER ≤ 8) (Allegato 1H);
- i) ogni altra persona in dipendenza vitale con bisogni complessi 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 (Allegato 2).

Per le persone gravissime di cui alla lettera i), nonché per quelle non rientranti nelle condizioni dei punti precedenti, deve essere compilato l'Allegato 2 al presente avviso. Qualora le condizioni di cui alle lettere a) e d) siano determinate da eventi traumatici e l'accertamento dell'invalidità non sia ancora definito, gli interessati possono comunque accedere al beneficio, nelle more del processo di accertamento, in presenza di diagnosi medica specialistica di patologia o menomazione che accompagni il rilievo funzionale e di copia della richiesta inoltrata all'INPS. L'accertamento e la valutazione dello stato di gravissima disabilità e della non autosufficienza competono alla Commissione con funzioni di U.V.M., che opera secondo i criteri dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 e nel rispetto delle Linee guida per il funzionamento del PUA e delle U.V.M. di cui alla D.G.R. n. 425/2025.

ART. 5 – MODALITÀ E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda deve essere presentata utilizzando esclusivamente l'apposito Modello allegato (allegati 4 e 5) e trasmessa, a pena di esclusione, entro e non oltre 30 giorni decorrenti dal giorno successivo alla pubblicazione del presente avviso, a mezzo PEC all'indirizzo protocollo.comunepaola@pec.it, indicando nell'oggetto: "Avviso disabilità gravissime – FNA 2022". La domanda, a pena di esclusione, deve essere corredata della documentazione di seguito indicata.

A) Richiedenti già beneficiari (allegato 4).

Le persone con disabilità già beneficiarie dell'assegno di cura o collocate in graduatoria a valere sul precedente Fondo gestito dall'ASP di riferimento — qualora non siano intervenute variazioni in termini di aggravamento o miglioramento della patologia o dei requisiti socio-familiari e ambientali — possono essere esonerate da una nuova valutazione da parte della Commissione con funzioni di U.V.M. In tal caso l'istante allega alla domanda:

- autocertificazione di esistenza in vita del beneficiario (D.P.R. n. 445/2000);
- attestazione ISEE sociosanitario in corso di validità;
- autocertificazione dello stato di famiglia;
- autocertificazione e copia dei verbali di invalidità/accompagnamento e di disabilità ex art. 3, comma 3, L. 104/1992;
- documenti d'identità del richiedente e del beneficiario.

In caso di variazioni intervenute rispetto a quanto in precedenza dichiarato e attestato all'ASP, il richiedente è tenuto a comunicarle e certificarle tempestivamente, e comunque entro i termini finali previsti per la presentazione della domanda, presentando nuova certificazione clinica.

I dati sanitari relativi ai beneficiari già valutati dall'U.V.M. dell'ASP nelle precedenti annualità FNA sono trasferiti all'ATS, al solo fine di verificare la permanenza dei requisiti per l'esonero dalla nuova valutazione con indicazione della fascia di priorità clinico-assistenziale e la classificazione ai fini della graduatoria.

B) Nuovi richiedenti (allegato 5).

Le persone con disabilità che presentano istanza per la prima volta, ovvero che non siano state beneficiarie dell'assegno di cura o collocate in graduatoria a valere sul precedente Fondo gestito dall'ASP, allegano alla domanda:

- certificazione sanitaria specifica (Allegati 1A–1H o 2) rilasciata da struttura pubblica e compilata dallo specialista di riferimento (con timbro, firma leggibile e protocollo), attestante la patologia determinante dipendenza vitale e il grado di non autosufficienza, valutata secondo le schede dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016;
- Allegato 3, compilato a cura del medico specialista;
- verbale di riconoscimento dell'invalidità civile al 100% e dell'indennità di accompagnamento, in corso di validità (in originale, copia autenticata o sentenza corredata di perizia medico-legale); in caso di revisione, la procedura deve essere completata entro il termine di scadenza dell'avviso;
- certificazione dello status di disabilità grave ex art. 3, comma 3, L. 104/1992, in corso di validità, con le medesime modalità di cui al punto precedente;
- attestazione ISEE sociosanitario in corso di validità, per valori inferiori a 50.000,00 euro, accresciuti a 65.000,00 euro in caso di beneficiari minorenni;
- copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario;
- autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario (D.P.R. n. 445/2000);

- copia dell'eventuale decreto di nomina di tutela, curatela o amministrazione di sostegno.

Non saranno prese in considerazione istanze presentate con modalità differenti da quelle sopra indicate. Integrazioni o documenti pervenuti oltre il termine fissato non produrranno alcun effetto.

ART. 6 – SOCCORSO ISTRUTTORIO

Per quanto non rientrante nelle cause di esclusione di cui all'art. 5, l'ATS può attivare il soccorso istruttorio ai sensi della normativa vigente, richiedendo agli interessati di integrare o correggere la documentazione. Ai richiedenti è assegnato un termine perentorio di 5 giorni dalla ricezione della comunicazione per trasmettere le integrazioni, alla stessa PEC dalla quale è stata inviata la domanda. Le istanze che, a seguito del soccorso istruttorio, risultino comunque incomplete o non pervenute entro il termine stabilito sono escluse.

ART. 7 – CRITERI PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA

L'Ambito Territoriale Sociale, con proprio provvedimento, nomina una Commissione incaricata dell'istruttoria delle domande. Le istanze ammissibili sono trasmesse all'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) dell'Azienda Sanitaria Provinciale territorialmente competente, ai fini dell'accertamento della condizione di disabilità gravissima e della valutazione multidimensionale prevista dall'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016.

All'esito della valutazione, l'U.V.M. restituisce all'ATS gli esiti istruttori con l'indicazione della priorità clinico-assistenziale dei singoli richiedenti.

La trasmissione all'U.V.M. delle istanze ammissibili avviene sulla base dell'art. 9, par. 2, lett. g) e h) GDPR. L'ASP, quale titolare autonomo per questa fase, tratta i dati sanitari nel rispetto del segreto professionale degli operatori dell'U.V.M. La documentazione sanitaria transita tramite canale protetto. Gli esiti restituiti all'ATS contengono esclusivamente la fascia di priorità clinico-assistenziale e la classificazione ai fini della graduatoria, senza riproduzione integrale dei dati clinici.

La graduatoria è predisposta dall'ATS sulla base dei seguenti criteri, applicati nell'ordine di seguito indicato:

- a) priorità clinico-assistenziale, determinata sulla base della valutazione dell'U.V.M., con particolare riguardo:
 - i. alla gravità della condizione clinica;
 - ii. alla rapidità di progressione della patologia;
 - iii. all'intensità assistenziale richiesta e alla dipendenza vitale, secondo i criteri di cui all'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016;
 - iv. alle condizioni caratterizzate da elevata complessità assistenziale, ivi comprese, a titolo esemplificativo, le persone in ventilazione meccanica invasiva o non invasiva continuativa, con tracheostomia e/o nutrizione artificiale mediante PEG, nonché quelle in stato vegetativo o di minima coscienza, ove ricorrano i presupposti previsti dalla normativa vigente;
- b) situazione economica del nucleo familiare, attribuendo priorità, a parità di valutazione clinico-assistenziale, ai richiedenti in possesso dell'ISEE sociosanitario di importo inferiore;
- c) condizioni sociali, familiari e ambientali, valutate mediante apposita scheda sociale predisposta dall'ATS, con particolare riferimento al carico assistenziale gravante sul nucleo

familiare, all'assenza o insufficienza della rete di supporto e ad ogni altro elemento idoneo a rappresentare la condizione di fragilità sociale del beneficiario.

Qualora, all'esito dell'applicazione dei criteri sopra indicati, permangano situazioni di parità, l'ATS applica gli ulteriori criteri di precedenza eventualmente definiti nei propri atti organizzativi, nel rispetto dei principi di imparzialità, trasparenza e parità di trattamento.

La formazione della graduatoria resta subordinata alla disponibilità delle risorse finanziarie assegnate all'Ambito Territoriale Sociale.

ART. 8 – COMUNICAZIONE E CESSAZIONE DEL CONTRIBUTO

La graduatoria provvisoria e quella definitiva sono pubblicate sul sito istituzionale del Comune capo Ambito, con valore di notifica a tutti gli effetti di legge. L'erogazione dell'Assegno di cura ha efficacia progettuale per dodici mensilità a copertura dell'annualità 2026, per il periodo dal 1° gennaio al 31 dicembre 2026. L'interessato ha l'obbligo di autocertificare la permanenza in vita e le variazioni di status. In caso di decesso dell'assistito l'Assegno di cura è riconosciuto fino alla data del decesso. Il trasferimento di residenza in corso d'anno non interrompe l'erogazione, che è comunque riconosciuta per l'intera annualità. Costituiscono invece causa di cessazione del beneficio: il ricovero continuativo in struttura socio-sanitaria o socio-assistenziale e la perdita dei requisiti economici o clinici di accesso.

Nel rispetto del principio di minimizzazione (art. 5, par. 1, lett. c) GDPR) e della particolare sensibilità dei dati trattati, la graduatoria è pubblicata esclusivamente con il numero di protocollo della domanda o con un codice identificativo anonimo. Il nominativo del beneficiario e ogni altro dato identificativo sono comunicati individualmente all'interessato o al suo rappresentante legale tramite notifica diretta a mezzo PEC o raccomandata. È esclusa la pubblicazione di dati idonei a rivelare, anche indirettamente, lo stato di salute dei soggetti in graduatoria.

ART. 9 – EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO

Il contributo economico è corrisposto per dodici mensilità a copertura dell'annualità 2026, per il periodo dal 1° gennaio al 31 dicembre 2026. Ai fini dell'erogazione, l'interessato collocato in posizione utile in graduatoria comunica, con apposita autocertificazione all'ufficio competente dell'ATS, l'esistenza in vita del beneficiario, eventuali ricoveri e ogni altra variazione del relativo stato. In caso di economie finanziarie si procede allo scorrimento della graduatoria, ammettendo gli idonei non finanziati fino alla concorrenza delle somme assegnate.

L'importo dell'Assegno di cura è determinato in misura fissa sulla base della valutazione multidimensionale, secondo le due fasce individuate all'art. 2.

Restano fermi:

- l'obbligo, in capo al beneficiario, di rendicontare le spese effettivamente sostenute per la gestione del rapporto di lavoro con l'assistente personale ovvero per l'acquisto di servizi finalizzati all'erogazione di prestazioni di cura e assistenza;
- con riferimento alla quota riconosciuta a titolo di sostegno al caregiver familiare di cui all'art. 2, l'obbligo della sola presentazione dell'autocertificazione attestante lo svolgimento dell'attività di caregiver familiare (Allegato 6), nonché la verifica, da parte dell'ATS, dell'efficacia dell'intervento nell'ambito del progetto assistenziale, senza obbligo di rendicontazione contabile delle relative somme.

ART. 10 – INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (artt. 13 e 14 Reg. UE 2016/679 – GDPR)

10.1 – Struttura del trattamento e contitolari

Il trattamento dei dati personali connesso al presente Avviso si articola in due distinti ambiti con titolari autonomi, i cui ruoli sono disciplinati dall'Accordo Interistituzionale ex art. 15 L. 241/1990, stipulato in data 03/09/2026 n.21023 di repertorio, che costituisce l'accordo interno tra contitolari ai sensi dell'art. 26(1) GDPR, integrato dall'Addendum Privacy (*N.B. in assenza di accordo interistituzionale dovrà comunque essere stipulato un accordo di contitolarità ai sensi dell'art. 26 GDPR tra ASP/Distretto Sanitario e ATS*):

(a) **Fase amministrativa** – gestione delle domande, verifica dei requisiti, formazione della graduatoria, erogazione e rendicontazione: Titolare è il **Comune di Paola, ente capofila dell'ATS n.2 di Paola/Cetraro**, sede in Paola Largo M.Perrimezzi, PEC protocollo.comunepaola@pec.it, e-mail ufficiopdz@comune.paola.cs.it.

(b) **Fase di valutazione U.V.M. e verifiche successive** – accertamento della disabilità gravissima, priorità clinico-assistenziale e verifiche sull'utilizzo del beneficio: Titolare è l'**ASP/Distretto Sanitario di con funzioni di UVM Tirreno (Paola/Cetraro)**, sede in Paola, Viale dei Giardini n.68, PEC uvm.paolacetraro@pec.aspcs.gov.it, e-mail uvm.paolacetraro@aspcs.it.

In forza dell'art. 26, par. 3 GDPR, l'interessato può esercitare i propri diritti nei confronti di ciascuno dei contitolari. Il contenuto essenziale dell'Accordo è consultabile presso l'Ufficio di Piano e pubblicato sul sito istituzionale del Comune capofila.

10.2 – Responsabili della Protezione dei Dati (RPD/DPO)

- RPD/DPO del Comune capofila Paola (ATS 2 Paola/Cetraro): Sig.ra Anna Tundis, e-mail: atundis@comune.paola.cs.it – pec: protocollo.comunepaola@pec.it.
- RPD/DPO dell'ASP/Distretto Sanitario Tirreno: Scudo Privacy S.r.l., Dott. Carlo Villanacci, e-mail: gestioneufficioprivacy@aspcs.it – pec: scudo_privacy@legalmail.it.

10.3 – Categorie di dati personali trattati

Dati comuni (art. 6 GDPR): dati anagrafici e di contatto del richiedente e del beneficiario; composizione del nucleo familiare; dati economici (ISEE sociosanitario); dati di residenza; dati relativi a provvedimenti dell'autorità giudiziaria (tutela, curatela, amministrazione di sostegno).

Dati di categoria speciale – dati relativi alla salute (art. 9 GDPR): diagnosi e condizioni cliniche determinanti la disabilità gravissima (stato vegetativo, dipendenza da ventilazione meccanica, nutrizione tramite PEG, lesioni spinali, SLA, demenza grave CDR-S ≥ 4 , autismo livello 3, ritardo mentale grave QI ≤ 34 , ecc.); verbali di invalidità civile e di disabilità ex L. 104/1992; certificazioni specialistiche con scale cliniche (GCS, CDR-S, MRC, EDSS, AIS, LAPMER); schede e esiti della valutazione U.V.M.; dati relativi all'intensità assistenziale.

10.4 – Finalità e basi giuridiche

- Gestione amministrativa del procedimento [ATS]: art. 6(1)(c)(e) GDPR; art. 9(2)(g)(h) GDPR + art. 2-sexies D.Lgs. 196/2003 per i dati sulla salute.
- Valutazione U.V.M. e verifiche successive [ASP/Distretto Sanitario]: art. 6(1)(c)(e) GDPR; art. 9(2)(h) GDPR + art. 9(3) GDPR (professionisti soggetti a segreto professionale).

- Verifica veridicità dichiarazioni sostitutive [ATS]: art. 6(1)(c) GDPR – art. 71 D.P.R. 445/2000.
- Pubblicazione graduatoria in forma anonimizzata [ATS]: art. 6(1)(c)(e) GDPR; principio di minimizzazione art. 5(1)(c) GDPR.

10.5 – Flusso dei dati tra ATS e ASP/U.V.M.

Le istanze ammissibili, corredate della documentazione sanitaria, sono trasmesse all'U.V.M. dell'ASP tramite canale protetto. L'ASP/Distretto Sanitario, titolare autonomo per questa fase, tratta i dati nel rispetto del segreto professionale e restituisce all'ATS esclusivamente la fascia di priorità clinico-assistenziale, senza trasmissione dei dati clinici di dettaglio. Per i richiedenti già beneficiari nelle precedenti annualità gestite dall'ASP, il trasferimento dei dati sanitari dall'ASP all'ATS avviene nel quadro dell'Accordo di Contitolarità (Allegato 7) e del D.D. n. 10062/2026.

10.6 – Destinatari dei dati

- Personale ATS autorizzato ex art. 29 GDPR per le finalità amministrative;
- ASP di/Distretto Sanitario Tirreno Paola/ Cetraro – U.V.M., quale contitolare, per la valutazione e le verifiche;
- Regione Calabria – Dipartimento Inclusione sociale, per il monitoraggio FNA, in forma aggregata ove possibile;
- Autorità giudiziarie, amministrative o sanitarie, nei casi previsti dalla legge.

I dati non sono trasferiti verso Paesi terzi extra-SEE né verso organizzazioni internazionali.

10.7 – Periodo di conservazione

- Dati amministrativi: 10 anni dalla chiusura del procedimento.
- Dati sanitari trattati dall'ASP (U.V.M.): secondo la normativa sanitaria applicabile, non meno di 10 anni dalla valutazione.
- Dati oggetto di contenzioso: per tutta la durata del procedimento e per il periodo di prescrizione applicabile.

10.8 – Diritti dell'interessato e reclamo

L'interessato può esercitare i diritti previsti dagli artt. 15–22 GDPR (accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione) nei confronti di ciascuno dei contitolari per le attività di rispettiva competenza, ai recapiti indicati al punto 10.2. Il termine per la risposta è di un mese, prorogabile di due mesi in caso di complessità.

10.9 – Conferimento dei dati

Il conferimento dei dati anagrafici, sanitari e documentali indicati nell'art. 5 del presente Avviso è necessario per la partecipazione alla procedura. Il mancato conferimento comporta l'impossibilità di istruire e ammettere la domanda. Il conferimento dei dati di contatto aggiuntivi è facoltativo.

ART. 11 – RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Responsabile del procedimento è l'Avv. Annalisa Apicella, Responsabile dell'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale Sociale n.2 di Paola/Cetraro, contattabile al seguente indirizzo PEC: ufficiopdz.comunepaola@pec.it.

ART. 12 – FORO COMPETENTE

Per tutte le controversie derivanti o connesse al presente Avviso è competente in via esclusiva il Foro di Paola.

Il Responsabile dell'Ufficio di Piano



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 _____

GLASGOW 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 _____

- ☐ È da considerarsi persona dipendente da ventilazione meccanica assistita invasiva
- ☐ 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 Scale (CDR) estesa

	NORMALE CDR 0	DEMENTIA DUBBIA CDR 0.5	DEMENTIA LIEVE CDR 1	DEMENTIA MODERATA CDR 2	DEMENTIA 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.

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 _____

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 Council (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 I 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 va 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 sedia 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 sedia.
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 compresenza 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 I 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.	Ritualità 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 ascrivita 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 I 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 di fuori 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 l) 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

☐ Necessità 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 e 2 ed in almeno uno di cui ai punti 3 e 4.

Note.....

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____

**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 privazione 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 Retardation* (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



CITTÀ DI PAOLA

PROVINCIA DI COSENZA

SETTORE 4

UFFICIO DI PIANO A.T.S. 2 PAOLA – CETRARO

Comuni di Acquappesa, Bonifati, Cetraro, Falconara Albanese, Fuscaldo, Guardia Piemontese, Paola, Sangineto, San Lucido.

Comune Capofila: Paola

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N.2 PAOLA/CETRARO

Comune capofila di Paola

ALLEGATO 4 – MODELLO DI DOMANDA

DOMANDA DI CONFERMA DEL CONTRIBUTO – SOGGETTI GIÀ BENEFICIARI / IN GRADUATORIA

Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (FNA) – Annualità 2022 – Area disabilità gravissima

Possono accedere al beneficio i cittadini residenti nei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale in condizione di disabilità gravissima, ivi inclusi i soggetti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica, da stato di demenza molto grave (tra cui il morbo di Alzheimer) o in condizione di dipendenza vitale, che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche, con compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali o dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona.

Il presente modello è riservato alle persone con disabilità gravissima già beneficiarie dell'Assegno di cura ovvero collocate in graduatoria a valere sul precedente Fondo gestito dall'Azienda Sanitaria Provinciale di riferimento, per le quali non siano intervenute variazioni in termini di aggravamento o miglioramento della patologia o dei requisiti socio-familiari e ambientali. In tali casi il richiedente può essere esonerato da una nuova valutazione da parte della Commissione con funzioni di U.V.M.

ANAGRAFICA DEL DICHIARANTE

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Codice fiscale _____ Residente a _____

Via _____ n. _____ Tel./Cell. _____

E-mail / PEC _____

In qualità di (barrare): ☐ sé stesso ☐ familiare / genitore o esercente la responsabilità genitoriale ☐ caregiver ☐ tutore / curatore / amministratore di sostegno o altro rappresentante legale

ANAGRAFICA DELL'ASSISTITO (se diverso dal dichiarante)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Codice fiscale _____ Residente a _____

Via _____ n. _____ Tel./Cell. _____

CHIEDE

la conferma dell'Assegno di cura a favore del beneficiario sopra indicato, con la finalità del mantenimento dell'assistito al proprio domicilio, dichiarando di essere in possesso dei requisiti previsti dall'Avviso.

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle responsabilità penali richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti o uso di atti falsi:

- 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 la perdita dei requisiti di ammissibilità e con il decesso del beneficiario, nel qual caso l'Assegno di cura è riconosciuto fino alla data del decesso; il trasferimento di residenza in corso d'anno non interrompe l'erogazione, che è comunque riconosciuta per l'intera annualità;
- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione all'Ufficio di Piano in caso di ricovero presso qualsiasi istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 30 giorni, ai fini della sospensione temporanea del beneficio, ovvero in caso di decesso del beneficiario;
- che l'Assegno di cura, in coerenza con il Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024, ha carattere aggiuntivo e complementare e non sostitutivo rispetto all'assistenza sanitaria, e di non essere beneficiario di altri contributi monetari aventi la medesima finalità assistenziale a valere su fondi diversi;
- di acconsentire alle verifiche che l'ATS intenda eventualmente programmare, secondo modalità e tempistiche ritenute opportune (a titolo esemplificativo: dettagliata rendicontazione circa l'utilizzo del contributo, visite a domicilio).

Dichiarazione di invarianza. Il/la sottoscritto/a dichiara che non sono intervenute variazioni delle condizioni socio-sanitarie del beneficiario rispetto a quanto già dichiarato e attestato all'ASP. In caso contrario, si impegna a comunicarle tempestivamente, con opportuna certificazione, entro i termini di presentazione della domanda fissati dall'Avviso, allegando nuova certificazione clinica.

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- ☐ Autocertificazione, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, dell'esistenza in vita del beneficiario;
- ☐ Attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità, per valori inferiori a euro 50.000,00, accresciuti a euro 65.000,00 in caso di beneficiario minorenne;

- ☐ Autocertificazione, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, dello stato di famiglia del beneficiario;
- ☐ Autocertificazione, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, attestante la sussistenza dell'invalidità civile al 100% e dell'indennità di accompagnamento, nonché dello status di handicap in condizione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. n. 104/1992, in corso di validità;
- ☐ Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario (se minore, di entrambi i genitori);
- ☐ Autocertificazione dello stato di caregiver (Allegato 6), ove ricorra l'erogazione a titolo di sostegno al caregiver familiare;
- ☐ Copia dell'eventuale decreto di nomina di tutore, curatore o amministratore di sostegno.

RECAPITO PER LE COMUNICAZIONI

Sig./Sig.ra _____ Via/Piazza _____
 n. _____
 Comune _____ CAP _____ Tel./Cell. _____
 E-mail _____

MODALITÀ DI EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO

Qualora l'istanza venga accolta, si chiede di erogare il contributo a favore di:

Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

mediante accredito su (barrare): ☐ Conto Corrente Bancario ☐ Conto Corrente Postale ☐ PostepayEvolution

Intestato a _____

N.B. Non sono ammessi libretti postali e/o bancari.

Codice IBAN (27 caratteri) _____

c/o Banca / Ufficio Postale _____ Sede/Agenzia _____

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI (Reg. UE 2016/679)

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati — anche con strumenti informatici — al solo fine di consentire l'attività di valutazione e gestione del beneficio. I dati sono comunicati esclusivamente all'interessato o agli altri soggetti legittimati, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, e non sono diffusi. Titolare del trattamento è il Comune capofila dell'ATS2 Paola/Cetraro; l'interessato può esercitare i diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento rivolgendosi al Titolare e al Responsabile della Protezione dei Dati.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle modalità e delle finalità del trattamento, presta il consenso al trattamento dei dati personali, anche di categorie particolari, per le finalità degli interventi in favore delle persone in condizione di disabilità gravissima a valere sul FNA 2022.

Luogo e data _____

Firma del richiedente



CITTÀ DI PAOLA

PROVINCIA DI COSENZA

SETTORE 4

UFFICIO DI PIANO A.T.S. 2 PAOLA – CETRARO

Comuni di Acquappesa, Bonifati, Cetraro, Falconara Albanese, Fuscaldo, Guardia Piemontese, Paola, Sangineto, San Lucido.

Comune Capofila: Paola

ALLEGATO 5 – MODELLO DI DOMANDA

DOMANDA DI VALUTAZIONE E ACCESSO AL CONTRIBUTO – NUOVI UTENTI

Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (FNA) – Annualità 2022 – Area disabilità gravissima

Possono accedere al beneficio i cittadini residenti nei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale n.2 Paola/Cetraro in condizione di disabilità gravissima, ivi inclusi i soggetti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica, da stato di demenza molto grave (tra cui il morbo di Alzheimer) o in condizione di dipendenza vitale, che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche, con compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali o dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona.

Il presente modello è riservato alle persone con disabilità gravissima che presentano istanza per la prima volta, ovvero che non siano state beneficiarie dell'Assegno di cura né collocate in graduatoria a valere sul precedente Fondo gestito dall'Azienda Sanitaria Provinciale di riferimento.

ANAGRAFICA DEL DICHIARANTE

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Codice fiscale _____ Residente a _____

Via _____ n. _____ Tel./Cell. _____

E-mail / PEC _____

In qualità di (barrare): ☐ sé stesso ☐ familiare / genitore o esercente la responsabilità genitoriale ☐ caregiver ☐ tutore / curatore / amministratore di sostegno o altro rappresentante legale

ANAGRAFICA DELL'ASSISTITO (se diverso dal dichiarante)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Codice fiscale _____ Residente a _____

Via _____ n. _____ Tel./Cell. _____

CHIEDE

l'accesso alla valutazione per l'attivazione dell'Assegno di cura a favore del beneficiario sopra indicato, con la finalità del mantenimento dell'assistito al proprio domicilio, dichiarando di essere in possesso dei requisiti previsti dall'Avviso.

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle responsabilità penali richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti o uso di atti falsi:

- 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 la perdita dei requisiti di ammissibilità e con il decesso del beneficiario, nel qual caso l'Assegno di cura è riconosciuto fino alla data del decesso; il trasferimento di residenza in corso d'anno non interrompe l'erogazione, che è comunque riconosciuta per l'intera annualità;
- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione all'Ufficio di Piano in caso di ricovero presso qualsiasi istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 30 giorni, ai fini della sospensione temporanea del beneficio, ovvero in caso di decesso del beneficiario;
- che l'Assegno di cura, in coerenza con il Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024, ha carattere aggiuntivo e complementare e non sostitutivo rispetto all'assistenza sanitaria, e di non essere beneficiario di altri contributi monetari aventi la medesima finalità assistenziale a valere su fondi diversi;
- di acconsentire alle verifiche che l'ATS intenda eventualmente programmare, secondo modalità e tempistiche ritenute opportune (a titolo esemplificativo: dettagliata rendicontazione circa l'utilizzo del contributo, visite a domicilio).

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- ☐ Certificazione sanitaria (scheda di valutazione di cui al D.M. 26 settembre 2016 — Allegati 1A-1H o 2 — unitamente all'Allegato 3) rilasciata da struttura sanitaria pubblica, con relativo numero di protocollo, attestante la patologia determinante dipendenza vitale e il grado di non autosufficienza/gravità, compilata, timbrata e firmata dallo specialista di riferimento secondo quanto previsto dall'Avviso;
- ☐ Verbale di riconoscimento dell'invalidità civile al 100% e dell'indennità di accompagnamento, in corso di validità; in caso di revisione, la procedura deve essere completata entro il termine di scadenza dell'Avviso;
- ☐ Certificazione dello status di handicap in condizione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. n. 104/1992, in corso di validità;

- ☐ Attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità, per valori inferiori a euro 50.000,00, accresciuti a euro 65.000,00 in caso di beneficiario minorenni;
- ☐ Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente;
- ☐ Copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario;
- ☐ Autocertificazione, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, dello stato di famiglia del beneficiario;
- ☐ Autocertificazione dello stato di caregiver (Allegato 6), ove ricorra l'erogazione a titolo di sostegno al caregiver familiare;
- ☐ Copia dell'eventuale decreto di nomina di tutore, curatore o amministratore di sostegno.

Si rammenta che, qualora le condizioni di cui alle lettere a) e d) dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 siano determinate da eventi traumatici e l'accertamento dell'invalidità non sia ancora definito, l'interessato può comunque accedere al beneficio, nelle more del processo di accertamento, in presenza di diagnosi medica specialistica di patologia o menomazione che accompagni il rilievo funzionale e di copia della richiesta inoltrata all'INPS.

RECAPITO PER LE COMUNICAZIONI

Sig./Sig.ra _____ Via/Piazza _____
 n. _____
 Comune _____ CAP _____ Tel./Cell. _____
 E-mail _____

MODALITÀ DI EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO

Qualora l'istanza venga accolta, si chiede di erogare il contributo a favore di:

Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ Prov. _____ il

Codice fiscale _____

mediante accredito su (barrare): ☐ 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 E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI (Reg. UE 2016/679)

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati — anche con strumenti informatici — al solo fine di consentire l'attività di valutazione e gestione del beneficio. I dati sono comunicati esclusivamente all'interessato o agli altri soggetti legittimati, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, e non sono diffusi. Titolare del trattamento è il Comune capofila dell'ATS n.2 Paola/Cetraro; l'interessato può esercitare i

diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento rivolgendosi al Titolare e al Responsabile della Protezione dei Dati.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle modalità e delle finalità del trattamento, presta il consenso al trattamento dei dati personali, anche di categorie particolari, per le finalità degli interventi in favore delle persone in condizione di disabilità gravissima a valere sul FNA 2022.

Luogo e data _____

Firma del richiedente



CITTÀ DI PAOLA PROVINCIA DI COSENZA

SETTORE 4

UFFICIO DI PIANO A.T.S. 2 PAOLA – CETRARO

Comuni di Acquappesa, Bonifati, Cetraro, Falconara Albanese, Fuscaldo, Guardia Piemontese, Paola, Sangineto, San Lucido.
Comune Capofila: Paola

ALLEGATO 6

AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI CAREGIVER FAMILIARE

Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (FNA) – Annualità 2022 – Area disabilità gravissima

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà

(artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

_____ il _____

Codice fiscale _____ Residente a _____

_____ Via _____ n. _____

Tel./Cell. _____ E-mail / PEC _____

in qualità di caregiver familiare del/della Sig./Sig.ra _____ (di seguito "assistito"), nato/a a _____ il _____, codice fiscale _____, beneficiario degli interventi in favore delle persone in condizione di disabilità gravissima a valere sul FNA 2022,

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, e ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R., sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di essere legato all'assistito dal seguente rapporto (barrare): ☐ coniuge ☐ parte dell'unione civile (L. n. 76/2016) ☐ convivente di fatto (L. n. 76/2016) ☐ familiare o affine entro il secondo grado ☐ familiare entro il terzo grado nei soli casi di cui all'art. 33, comma 3, della L. n. 104/1992;
- di svolgere nei confronti dell'assistito la funzione di caregiver familiare, prendendosene cura e assistendolo nell'ambiente domestico, nella vita di relazione, nella mobilità e nelle attività della vita quotidiana, di base e strumentali;
- di occuparsi della cura della persona (igiene personale, alimentazione e simili) e degli ambienti di vita, nonché degli aspetti burocratici quali pratiche sanitarie, fiscali e amministrative, e in generale dell'organizzazione di tutti gli aspetti riguardanti l'assistenza della persona;

- di rapportarsi con gli operatori del sistema dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari secondo il progetto personalizzato e partecipato;
- che l'assistito, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche cronica o degenerativa, non è autosufficiente né in grado di prendersi cura di sé, ed è riconosciuto invalido bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. n. 104/1992, ovvero è titolare dell'indennità di accompagnamento ai sensi della L. 11 febbraio 1980, n. 18;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Ufficio di Piano ogni variazione delle condizioni sopra dichiarate.

La presente dichiarazione è resa ai fini del riconoscimento e della valorizzazione del ruolo di cura del caregiver familiare, in conformità a quanto stabilito dall'art. 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, e dall'art. 39 del D.Lgs. 15 marzo 2024, n. 29.

Definizione normativa. Per caregiver familiare si intende la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della L. 20 maggio 2016, n. 76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'art. 33, comma 3, della L. 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche cronica o degenerativa, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. n. 104/1992, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della L. n. 18/1980 (art. 1, comma 255, della L. 27 dicembre 2017, n. 205).

Luogo e data _____

Firma del dichiarante

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta e trasmessa unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore all'Ufficio competente, anche a mezzo posta elettronica certificata o tramite incaricato.

POSTA CERTIFICATA: Trasmissione Avviso Pubblico "Assegno di Cura e per l'Autonomia" FNA 2022

Mittente: ufficiopdz.comunepaola@pec.it

Destinatari: protocollo.acquappesa@asmepec.it; protocollo.bonifati@asmepec.it; protocollo.cetraro@asmepec.it; comunefalconaraalbaneseprotocollo@legalmail.it; protocollo.fuscaldo@pec.it; protocollo.amministrativoguardiapiemontese@asmepec.it; protocollo.sangineto@pec.it; protocollo.sanlucido@legalmail.it

Inviato il: 08/10/2026 13.59.28

Posizione: PEC istituzionale Comune di Cetraro/Posta in ingresso

Con la presente si trasmette l'Avviso pubblico citato in oggetto e se ne chiede la pubblicazione celere sui Vostri Siti Istituzionali

Il Responsabile dell'Ufficio di Piano

Avv. Annalisa Apicella

E

COMUNE DI CETRARO

Protocollo N.0013690/2026 del 08/10/2026

=== LISTA DEGLI ALLEGATI ===

avviso-pubblico-fna-annualita-2022.pdf ()