

**DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE REGGENTE**  
(Decreto legge n. 35 del 30.4.2019)

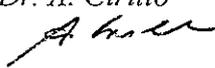
**DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE REGGENTE**  
*N. 246/DSR DEL 12-09-2019*

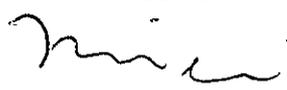
**Oggetto:** FNA anno 2015- Attuazione nota SIAR prot. n.118559 del 21/03/2019 "Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 14 Maggio 2015 – Erogazione Fondo per le Non Autosufficienze – FNA 2015 alle aziende Sanitarie Provinciali – Attuazione nota SIAR prot. n. 26098 del 12/7/2019.

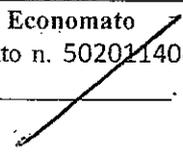
L'anno duemiladiciannove, il giorno 12 del mese di SETTEMBRE il Direttore Generale Reggente, Dott.ssa *Elisabetta Rosa Tripodi*, ex DL n. 35 del 30.4.2019, ha adottato la seguente deliberazione in merito all'argomento in oggetto.

**U.O. DISTRETTO SANITARIO UNICO**

Il Dirigente e il Responsabile del Procedimento con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è conforme alla legge.

**Il Responsabile del Procedimento**  
*Dr. A. Cirillo*  


**Il Direttore del Distretto Sanitario Unico f.f.**  
*Dr. A.M. Miceli*  


**Il Direttore dell'U.O. Gestione Economico-Finanziaria e Gestione Patrimonio ed Economato**  
Attesta che la spesa di € 445.956,41 scaturente dalla presente proposta graverà sul conto n. 50201406 del bilancio economico patrimoniale del corrente anno (oppure dell'anno 2019) – centro di costo \_\_\_\_\_  
Il Direttore dell'U.O.  


## IL DIRETTORE DEL DISTRETTO SANITARIO UNICO f.f.

**Preso atto** della disposizione (nota SIAR prot. n. 118559 del 21 Marzo 2019) a firma congiunta del Dirigente Generale del Dipartimento Lavoro, Formazione e Politiche Sociali e del Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria avente ad oggetto: "*Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 14 Maggio 2015 – Erogazione Fondo per le Non Autosufficienze – FNA 2015 – alle Aziende Sanitarie Provinciali – Disposizioni*";

**Preso atto** della nota SIAR prot. n. 260928 del 12 Luglio 2019 a firma del Dirigente del Settore Dipartimento Lavoro, Formazione e Politiche Sociali della Regione Calabria avente ad oggetto: "*Disposizioni relative al Fondo per la Non Autosufficienza Annualità 2015 – Comunicazione*";

**Considerato che:**

- con Decreto del Dirigente del Settore Politiche Sociali n. 2725 del 6 marzo 2019, è stata liquidata all'Azienda Sanitaria di Vibo Valentia, con mandato n. 5354, la somma di euro 445.956,41 da utilizzare "*per interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica*" contabilizzati sul conto aziendale n. 401020104;
- il Dirigente del Settore Dipartimento Lavoro, Formazione e Politiche Sociali della Regione Calabria, con nota prot. n. 260928 del 12/7/2019 ritiene possibile garantire la continuità del beneficio già emesso "*a tutti gli utenti già percettori dell'assegno di cura*" per effetto di bandi pubblici e che "*abbiano confermata d'ufficio la valutazione di gravissima non autosufficienza*" a partire dalla data del 1° Gennaio 2019 con i fondi FNA 2015 (nota Siar prot. n. 118559 del 21 Marzo 2019);
- l'ASP di Vibo ha già provveduto a garantire la continuità del beneficio agli utenti che presentano un quadro di assoluta gravità e di totale dipendenza h.24 da macchinari per la respirazione e l'alimentazione indotta, non reversibile, sostenuta dalla fruizione in via continuativa di prestazioni domiciliari sanitarie di II° e III° livello, abbiano confermata d'ufficio la valutazione di gravissima non autosufficienza e continuino a percepire l'assegno di cura a partire dalla data del 1° Gennaio 2019 con i fondi FNA 2015 appena trasferiti.

**Dato atto** che con delibera dell'ASP di Vibo Valentia N. 1155/DG del 8/9/2017 è stata costituita l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) per la valutazione delle domande per l'erogazione del contributo in favore di persone affette da disabilità gravissima;

**Preso atto** dei lavori dell'Unità Valutazione Multidimensionale (delibera n.1155/DG del 8/9/2017) ovvero della nota prot. n. 19387 del 25/06/2018, a firma del Presidente della suddetta UVM, avente ad oggetto "*DGR 364/2016 - Trasmissione graduatoria per erogazione contributo a favore delle persone affette da disabilità gravissima. FNA anno 2014* comprensiva dell'elenco dei soggetti in condizioni di assoluta gravità e di totale dipendenza già trasmesso con nota prot. n. 16680 del 13/05/2019;

**Stabilito** che ai soggetti "*già percettori dell'assegno di cura*" già individuati in precedenza dalla UVM, con nota prot. n. 19387 del 25/06/2018 (escluso quelli già assegnatari di cui alla nota prot. n. 16680 del 13/05/2019), dovrà essere erogato il contributo mensile previsto (euro 600,00) comprensivo degli arretrati, ove spettanti, a partire dal 1 Gennaio 2019, tramite versamento sul conto corrente bancario o postale (comunicato nella domanda o successivamente aggiornato) - previa compilazione della dichiarazione sostitutiva di atto notorio (fac simile allegato alla presente delibera) da redigere obbligatoriamente da parte del diretto interessato oppure dal prossimo congiunto o dal convivente o dall'amministratore di sostegno, corredato da certificazione di esistenza in vita e della situazione reddituale ISEE 2019;

**Dato atto** che, ai sensi dell'art. 26, comma 3, del D.Lgs. n. 13 /2013, la pubblicazione degli atti relativi alla procedura in oggetto è condizione di efficacia dei provvedimenti di concessione ed erogazione del contributi;

**Tenuto conto** dell'istruttoria redatta dal Responsabile del procedimento che attesta la regolarità tecnica e

la legittimità del presente atto;

### PROPONE

**Di dare atto** che la Direzione del Distretto Sanitario Unico provvederà, con i propri uffici, ad contattare tutti gli interessati già individuati dalla UVM con nota prot. n. 19387 del 25/06/2018 (escluso quelli già assegnatari di cui alla nota prot. n. 16680 del 13/05/2019);

**Di stabilire** che gli aventi diritto all'erogazione del contributo, a far data dal 1 Gennaio 2019, dovranno preventivamente compilare, sottoscrivere e restituire il modulo della dichiarazione sostitutiva di atto notorio, comprensivo della certificazione di esistenza in vita e della certificazione ISEE 2019, attraverso una delle seguenti modalità:

- a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento. Sulla busta, contenente la dichiarazione sostitutiva di atto notorio - il certificato di esistenza in vita - la certificazione ISEE 2019, devono essere riportate le indicazioni del nome, cognome ed indirizzo dell'avente diritto all'erogazione del contributo e deve essere, altresì, riportata la dicitura **“richiesta erogazione contributo – cod. delibera n...../2019”**;
- direttamente all'Ufficio Protocollo generale dell'intestata Azienda con indicazione della dicitura **“richiesta erogazione contributo – cod. delibera n...../2019”** nel seguente orario: – dal lunedì al venerdì: dalle ore 9,00 alle ore 12,00;
- mediante Posta Elettronica Certificata all'indirizzo: [aspvibovalentia@pec.it](mailto:aspvibovalentia@pec.it), inserendo in oggetto **“richiesta erogazione contributo – cod. delibera n...../2019”**. La validità di tale modalità di invio, ai sensi della normativa vigente, è subordinata all'utilizzo, *da parte degli aventi diritto al contributo o del prossimo congiunto o del convivente o dell'amministratore di sostegno*, di casella di posta elettronica certificata personale.

**Di procedere**, ai sensi e per gli effetti dell'art. 26, commi 1 e 2, del D.Lgs 14 marzo 2013, n. 33, alla pubblicazione, sul sito web dell'Azienda, link: [www.aspvv.it](http://www.aspvv.it) - Sezione **“Amministrazione trasparente”**, sub sezione di primo livello **“Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici”**, sub sezione di secondo livello **“Criteri e modalità”**, degli atti con cui sono stati determinati i criteri e le modalità di attribuzione del contributo;

**Di procedere**, altresì, alla pubblicazione, nella sezione **“Amministrazione Trasparente”**, sub sezione di primo livello **“Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici”**, sub sezione di secondo livello **“Atti di concessione”**, degli atti di concessione dei contributi nonché dell'elenco dei soggetti in condizioni di assoluta gravità e di totale dipendenza individuati dalla UVM (nota prot. n. 19387 del 25/06/2018);

**Di dare atto** che le pubblicazioni suindicate, curate dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, verranno effettuate, ai sensi dell'art. 26, comma 4, D.Lgs n. 13/2013, nel rispetto della privacy degli istanti e, pertanto, senza l'indicazione dei dati identificativi delle persone fisiche destinatarie dei provvedimenti in oggetto;

**Di dare atto che:**

- A seguito di ciò l'Azienda procederà, a cura dell' U.O. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie dell'ASP di Vibo Valentia, ad erogare a ciascuno dei soggetti - individuati con nota prot. n. 19387 del 25/06/2018) - previa acquisizione della suddetta documentazione - l'importo di 600,00 euro mensili (ogni fine mese) comprensivi degli arretrati, a partire dal 1 Gennaio 2019, con apposito ordinativo di pagamento mediante l'utilizzo del FNA 2015 (mandato n. 5354/2019) fino alla concorrenza del numero complessivo dei primi 53 utenti e procedendo alla scorrimento della graduatoria a compensazione di eventuali persone decedute;
- successivamente a tale attività e, quindi, alla determinazione degli importi necessari a garantire la continuità delle prestazioni per l'anno 2019, potrà essere avviata la procedura mediante nuovo avviso pubblico per la rimanente somma disponibile;

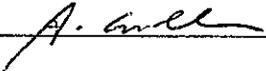
- la dotazione finanziaria limitata, a fronte di una platea potenziale di richiedenti l'assegno di cura che si presenta particolarmente ampia, ritiene necessario declinare criteri di priorità che rendano uniformi i comportamenti delle Aziende Sanitarie Provinciali della Regione Calabria mediante la predisposizione, a breve, di un bando tipo unico per tutte le ASP, con il relativo crono - programma delle attività;

**Di notificare**, a cura del responsabile del procedimento, la comunicazione di avvenuta pubblicazione della presente delibera quale informazione e/o per il seguito di competenza:

- Al Dirigente Settore Politiche Sociali - Dipartimento n.7 - Regione Calabria;
- Al Responsabile U.O. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie - ASP Vibo Valentia;
- Al Presidente UVM (delibera n. 1155/DG del 8/9/2017) - ASP Vibo Valentia;
- Al Responsabile Ufficio Trasparenza e Prevenzione della Corruzione - ASP Vibo Valentia;
- Al Responsabile Ufficio Comunicazione e URP - ASP Vibo Valentia;
- Agli Operatori Sportello Informa Handicap - ASP Vibo Valentia.

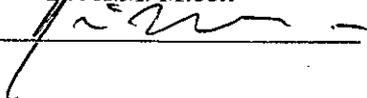
**Il Responsabile del procedimento**

*Dr. Antonio Cirillo*



**Il Direttore del Distretto Sanitario Unico f.f.**

*Dr. A.M. Miceli*



**Il Direttore Generale Reggente**

**Vista** la motivata proposta del Direttore del Distretto Sanitario Unico avente ad oggetto: *FNA anno 2015- Attuazione nota SIAR prot. n.118559 del 21/03/2019 "Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 14 Maggio 2015 – Erogazione Fondo per le Non Autosufficienze – FNA 2015 alle aziende Sanitarie Provinciali – Attuazione nota SIAR prot. n. 26098 del 12/7/2019;*

**Tenuto conto** dell'istruttoria redatta dal Responsabile del procedimento nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità dell'atto;

Per i motivi esposti in premessa qui da intendersi integralmente riportati e trascritti

**Delibera**

**Di fare propria** la proposta nei termini indicati.

Letto, confermato e sottoscritto

**Il Direttore Generale Reggente**

*Dott.ssa Elisabetta Tripodi*



“RICHIESTA EROGAZIONE CONTRIBUTO – COD. DELIBERA N....246/DGR.../2019”

AL DIRETTORE GENERALE  
ASP VIBO VALENTIA

Oggetto: **DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI ATTO NOTORIO (D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000) per erogazione contributo a favore di persona affetta da disabilità gravissima.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(Cognome) (Nome)

Nat... \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(Luogo) (prov.)

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.) (indirizzo)

In qualità di:

- diretto interessato
- prossimo congiunto (specificare grado di parentela) \_\_\_\_\_
- convivente (specificare) \_\_\_\_\_
- amministratore di sostegno (specificare gli estremi del provvedimento) \_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.)

Residente a \_\_\_\_\_ (prov.)

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(indirizzo)

ai sensi e per gli effetti degli art. 46, 47 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e successive modificazioni, e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di affermazioni mendaci e delle relative sanzioni penali,

### DICHIARA

- in qualità di diretto interessato **di essere vivente;**
- in qualità di:  prossimo congiunto  convivente  amministratore di sostegno, che il proprio assistito  è **vivente oppure**  è **deceduto** in data \_\_\_\_\_
- Che il beneficiario non è stato ricoverato/ospite presso alcuna struttura socio sanitaria o sanitaria di tipo residenziale ovvero presso qualsiasi istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero sollievo che superi i trenta giorni;
- che il beneficiario è stato ricoverato/ospite in una struttura privata con costi di residenza a totale carico dell'utente;
- che il beneficiario è stato ricoverato/ospite in una tipologia di strutture sopra menzionata \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

che il beneficiario non usufruisce di altri interventi e servizi socio assistenziali (servizi domiciliari, ecc.) erogati dai comuni, ASP e che l'accettazione del contributo di cura è sostitutivo di ogni altra prestazione di carattere socio assistenziale;

**Dichiara, altresì:**

Di accettare il contributo, pari a euro 600,00 mensili, con decorrenza 1 Gennaio 2019, così come disposto dalla nota regionale SIAR prot. n. 118559 del 21/03/2019, impegnandosi a comunicare tempestivamente, all'amministratore pro tempore dell'ASP di Vibo Valentia, il venir meno delle condizioni che riconoscono il diritto al suddetto contributo;

Di accettare il contributo, pari a euro 600,00 mensili, con decorrenza 1 Gennaio 2019 e fino al ..... per la seguente motivazione .....  
.....;

Che l'ordinativo di pagamento del contributo di cura spettante deve essere versato sul conto bancario/postale già indicato nella domanda ovvero presso il conto bancario/postale intestato a .....

IBAN .....

Allega:

- Certificato di esistenza in vita;
- Certificazione ISEE anno 2019
- Copia documento d'identità personale

Recapiti telefonici .....  
.....

Luogo e Data \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

La sottoscrizione della presente è valida se presentata corredata da copia fotostatica di un documento d'identità valido del dichiarante, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2200

**Consenso Informato**

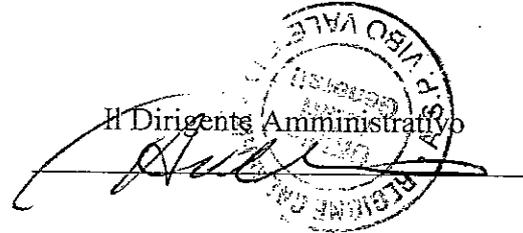
Si autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D. Lgs 196/2003 e s.m.i SI  NO

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente deliberazione viene pubblicata sull'Albo Pretorio on-line dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia in data 12 / 09 / 2019 e vi resterà per 15 giorni consecutivi.

Vibo Valentia li 12 / 09 / 2019

Il Dirigente Amministrativo  


Per copia conforme all'originale, per uso amministrativo.

Vibo Valentia li 12 / 09 / 2019

Il Dirigente Amministrativo  
