 Regione Lombardia ASL Varese	Direzione Sociale	data di emissione: 30.06.2008	ALLEGATO 3 P-PRO-35
	NOTA INFORMATIVA PER LA RICHIESTA DEL CONTRIBUTO MENSILE PER L'ASSISTENZA DELLA PERSONA AFFETTA DA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA.	revisione n°: 01 del 21/07/2011	Pag 1 di 3

L'ASL di Varese, in attuazione della DGR n.VIII/010160 del 16 Settembre 2009 "Determinazione in merito agli interventi sperimentali per persone che si trovano in stato vegetativo e per persone affette da malattie dei motoneuroni, in particolare da sclerosi laterale amiotrofica...", ha previsto l'erogazione di un contributo mensile di € 500,00, a favore di persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica assistite a domicilio.

Il contributo mensile può essere utilizzato per ogni attività di cura svolta nei confronti della persona affetta da Sclerosi Laterale Amiotrofica, anche da un familiare/care giver non convivente con la persona assistita, purchè maggiorenne al momento della data di presentazione della domanda.

SOGGETTI ASSISTITI

I soggetti assistiti sono persone con diagnosi di Sclerosi Laterale Amiotrofica, in situazione di grave fragilità o in una fase di attività sociale fortemente inibita, residenti nel territorio della ASL di Varese, assistiti al proprio domicilio.

INTERVENTO ECONOMICO


Su richiesta dell'interessato, o del tutore/curatore/amministratore di sostegno della persona affetta da SLA, l'ASL di Varese eroga un contributo mensile, pari a € 500,00, spendibile per rispondere ad esigenze specifiche, non ricomprese tra quelle già soddisfatte dal voucher socio sanitario.

MODALITA' DI RICHIESTA DEL CONTRIBUTO MENSILE

La persona interessata, o il tutore/curatore/amministratore di sostegno della persona affetta da Sclerosi Laterale Amiotrofica, presenta la richiesta all'ASL, U.O. Acquisto Prestazioni Socio Sanitarie e Socio Assistenziali, compilando in ogni sua parte il "Modulo per la richiesta di contributo mensile per l'assistenza della persona affetta da Sclerosi Laterale Amiotrofica".

Alla richiesta devono essere allegati:

1. documentazione clinica, che riporti:
 - la diagnosi di Sclerosi Laterale Amiotrofica;
 - la data di accertamento della patologia;
 - lo stato di fragilità/compromissione dell'autonomia personale e delle relazioni sociali;
 - la terapia in atto;
2. documentazione di eventuali visite specialistiche effettuate successivamente alla data di diagnosi di Sclerosi Laterale Amiotrofica;
3. copia del verbale di accertamento di invalidità civile, con indicazione della diagnosi e della percentuale di invalidità riconosciuta o, in alternativa, copia della domanda di accertamento dello stato di invalidità (se non ancora disponibile il verbale rilasciato dalla commissione medica);
4. ogni altra documentazione ritenuta necessaria ai fini della valutazione della condizione clinica attuale della persona affetta da Sclerosi Laterale Amiotrofica;
5. copia di un documento di identità in corso di validità del richiedente;

 Regione Lombardia ASL Varese	Direzione Sociale	data di emissione: 30.06.2008	ALLEGATO 3 P-PRO-35
	NOTA INFORMATIVA PER LA RICHIESTA DEL CONTRIBUTO MENSILE PER L'ASSISTENZA DELLA PERSONA AFFETTA DA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA.	revisione n°: 01 del 21/07/2011	Pag 2 di 3

6. codice fiscale del richiedente;
7. copia della nomina del tribunale a tutore/curatore/amministratore di sostegno.

La domanda, in carta semplice, può essere trasmessa all'ASL di Varese:

- tramite raccomandata con ricevuta di ritorno, al seguente indirizzo:
Azienda Sanitaria Locale di Varese, UO Acquisto Prestazioni Socio Sanitarie e Socio Assistenziali, via Ottorino Rossi n.9 – 21100 – Varese;
- consegnata a mano presso l'Ufficio Protocollo (di fianco alla Portineria) dell' ASL di Varese, via Ottorino Rossi n.9 – Varese; orario: dal lunedì al giovedì dalle ore 10,00 alle ore 12,30 e dalle 14,30 alle 15,30; il venerdì dalle 10,00 alle 12,30.

ESCLUSIONI

Non possono beneficiare del contributo mensile le persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica che conservino normali relazioni sociali e un adeguato livello di autonomia personale.

Il contributo è incompatibile con il ricovero ordinario a tempo indeterminato in Strutture Residenziali (RSA, RSD, Strutture Riabilitative, Hospice). Viene sospeso in caso di ricovero di sollievo nelle strutture sopraelencate, per tutta la durata del ricovero.

L'avente diritto al contributo mensile si impegna a comunicare tempestivamente per iscritto all'ASL l'insorgere di motivi di sospensione o decadimento del contributo stesso, utilizzando l'apposito "Modulo per la comunicazione di motivi di sospensione o decadimento del contributo mensile per l'assistenza della persona affetta da Sclerosi Laterale Amiotrofica".

TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA

In caso di situazioni di bisogno in cui l'attività di cura sia svolta da più di un familiare/care-giver, l'entità mensile del contributo erogabile, pari a € 500,00, rimane invariata. Si precisa che, in questi casi, gli eventuali criteri di suddivisione di tale somma rientrano esclusivamente nella sfera decisionale dell'ambito familiare.


RICOVERO DI SOLLIEVO

Alle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica è offerta la possibilità di usufruire di un periodo di ricovero temporaneo di sollievo su posti letto accreditati presso le Residenze Sanitarie Assistenziali e le Residenze Sanitarie Assistenziali per persone con disabilità (RSD) dislocate sul territorio dell'ASL di Varese, qualora venga meno, temporaneamente, la capacità assistenziale dei care givers che ordinariamente si prendono cura del soggetto.

Per informazioni:

U.O ACQUISTO PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE E SOCIO ASSISTENZIALI

Riferimenti: mail acquistoprestazioni@asl.varese.it – Telefono: 0332/277707
 Fax: 0332/277718

 <p>Regione Lombardia ASL Varese</p>	Direzione Sociale	data di emissione: 30.06.2008	ALLEGATO 3 P-PRO-35
	NOTA INFORMATIVA PER LA RICHIESTA DEL CONTRIBUTO MENSILE PER L'ASSISTENZA DELLA PERSONA AFFETTA DA SCLEROSI LATERALE AMIOFROFICA.	revisione n°: 01 del 21/07/2011	Pag 3 di 3