



Ambito Distrettuale Sociale n. 14 Alto Vastese
ECAD Comune di Monteodorisio
Provincia di Chieti

Ufficio di Piano

**AVVISO ASSEGNO DISABILITA' GRAVISSIMA A FAVORE DI
PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA –
ANNUALITA'2019**

IL RESPONSABILE dell'UFFICIO DI PIANO ADS N. 14 "ALTO VASTESE"

Premesso che

- La Regione Abruzzo con Determinazione di Giunta Regionale n. DPF014/94 del 07 Settembre 2020 ha comunicato lo stanziamento assegnato agli ASD per l'annualità 2019 relativo al Fondo Nazionale Non Autosufficienza (F.N.N.A.)
- La somma assegnata all'ambito Sociale Distrettuale n. 14 "Alto Vastese" è pari complessivamente ad € 176.250,05
- L'Ambito Sociale Distrettuale n. 14 Alto Vastese" – ha previsto, tra i diversi interventi, l'emissione di Assegni per la disabilità gravissima per le seguenti due categorie, per un importo complessivo pari ad € 56.000,00:
 - Assegno Disabilità Gravissima per le persone affette da S.L.A. (Sclerosi Laterale Amiotrofica);
 - Assegno Disabilità Gravissima per le persone in condizione di disabilità gravissima incluse le persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal Morbo di Alzheimer in tale condizione.

Atteso che

- l'assegno per le disabilità gravissime è un beneficio economico per la cura e per l'autonomia, ovvero ancorato ad un bisogno di sostegno inteso come assistenza personale e non assimilabile all'indennità di accompagnamento o alle altre prestazioni di invalidità civile (cui comunque si cumula) a favore di persone in condizione di disabilità gravissima, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica, di cui all'art. 3 del Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali 26/09/2016 e delle persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer in tale condizione finalizzati ad evitare ricoveri impropri e a mantenere il disabile gravissimo nel proprio ambiente di vita.

Visto che

- la Regione Abruzzo con Deliberazione n. 707 del 17/11/2020 ha approvato le Linee-Guida per la programmazione degli interventi per la non autosufficienza, annualità 2019-2021 e la liquidazione delle risorse assegnate a ciascun Ambito Distrettuale Sociale;

Vista

- la delibera dell'Ufficio di Piano di approvazione del seguente Avviso n. 6 Del 03/03/2021



Ambito Distrettuale Sociale n. 14 Alto Vastese
ECAD Comune di Monteodorisio
Provincia di Chieti

Ufficio di Piano

RENDE NOTO CHE

È indetto l'avviso pubblico per l'assegno di disabilità gravissima, quale beneficio economico in favore di **persone in condizione di disabilità gravissima**, ivi inclusi quelli a sostegno delle **persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA)**, di cui all'art. 3 del Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26.09.2016 e delle **persone con Stato di Demenza Molto Grave tra cui quelle affette dal Morbo di Alzheimer**, in tale condizione.

ART. 1 - Obiettivi e finalità

L'Assegno Disabilità Gravissima è attivato, su richiesta, in favore dei nuclei familiari ed è finalizzato ad integrare le risorse economiche necessarie ad assicurare la continuità assistenziale alla persona in condizione di disabilità gravissima e a garantire alla stessa la permanenza nel proprio contesto abitativo, sociale ed affettivo, evitandone il ricovero in strutture ospedaliere e/o residenziali.

L'erogazione dell'assegno di disabilità gravissima è subordinata alla disponibilità del nucleo familiare ad assicurare la permanenza della persona al proprio domicilio. Tale disponibilità si realizza attraverso l'assistenza diretta da parte del nucleo familiare stesso, ovvero mediante ricorso alla prestazione lavorativa di assistenti familiari.

La disponibilità all'assistenza diretta e, qualora ne ricorra il caso, l'individuazione dell'assistente familiare, deve essere formalizzata attraverso apposito accordo di fiducia sottoscritto con il Servizio Sociale competente ed inserito nel progetto assistenziale individualizzato, redatto a cura dell'UVM.

Art. 2 - Requisiti di accesso

2.1- Possono presentare istanza di accesso ai contributi tutti i cittadini che versano in condizione di disabilità gravissima, come specificato dal suddetto Decreto, che beneficiano dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18 o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013.

2.2- Le persone che presentano domanda devono essere in possesso dei seguenti requisiti generici:

- 1) Essere residenti in uno dei comuni afferenti all'Ambito Sociale Distrettuale n. 14 "Alto Vastese";
- 2) Non essere ricoverate in strutture residenziali;
- 3) Essere in condizione di disabilità gravissima ovvero deve essere verificata almeno una delle condizioni, come indicato nel Decreto Ministeriale del 26.09.2016, art.3 nelle more "della revisione delle procedure di accertamento della disabilità e con l'obiettivo di adottare una nozione di persone con necessità di sostegno intensivo, differenziato sulla base dell'intensità del sostegno necessario".
L'elenco completo delle disabilità gravissime è riportato nell'allegato delle linee guida FNA 2019/2021 che richiamano quanto disposto dall'art. 3 comma 2 del suddetto Decreto che recita: "per persone in condizioni di disabilità gravissime, ai soli fini del presente decreto, si intendono le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11/02/1980 n. 18 o, comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013, e per le quali sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:
 - a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS)<10
 - b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
 - c) persone con grave o gravissimo stato di demenza (tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer) con un punteggio sulla scala CLINICAL DEMENTIA RATING SCALE (CDRS)>=4



Ambito Distrettuale Sociale n. 14 Alto Vastese
ECAD Comune di Monteodorisio
Provincia di Chieti

Ufficio di Piano

- d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
- e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo minore o uguale a 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) maggiore o uguale a 9, o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;
- f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL, di media fra le frequenze 500,1000,2000 hertz nell'orecchio migliore;
- g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritto al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con $QI \leq 34$ e con un punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 8 ;
- i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche;
- j) Persone affette da sclerosi laterale amiotrofica.

Le scale per la valutazione della condizione di disabilità gravissima, di cui al comma 2, lettere a), c), d), e h) sono illustrate nell'Allegato 1 del Decreto 26/09/2016. Per l'individuazione delle altre persone in condizione di dipendenza vitale, di cui al comma 2, lettera i) si utilizzano i criteri di cui all'allegato 2 del Decreto 26/09/2016,

Art. 3 - Modalità di presentazione della domanda

3.1- Per partecipare al presente avviso è necessario che le domande (Modello A), corredate dalla documentazione richiesta, **pervengano entro e non oltre il giorno 06 APRILE 2021** in una delle seguenti modalità:

- a mano all'Ufficio Protocollo dell'ECAD n. 14 (Comune di Monteodorisio)
- per pec al seguente indirizzo: comune.monteodorisio@legalmail.it

3.2- L'istanza deve essere corredata della seguente documentazione, pena l'esclusione:

1. Copia del documento di identità in corso di validità dell'utente e del richiedente;
2. Copia del verbale Legge 104/92 art. 3 comma 3;
3. Copia del verbale di invalidità civile 100% e indennità di accompagnamento;
4. Attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità;
5. Eventuale copia del decreto di nomina di tutela, di curatela o di amministrazione di sostegno
6. Certificazione di diagnosi definitiva di Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), ***solo per i nuovi richiedenti***;
7. Certificazione medica specialistica della condizione di "disabilità gravissima" (art. 3 del D.M. 26/09/2016) (allegato B), ***solo per i nuovi richiedenti e/o i non ammessi al beneficio nelle annualità precedenti***



Ambito Distrettuale Sociale n. 14 Alto Vastese
ECAD Comune di Monteodorisio
Provincia di Chieti

Ufficio di Piano

Il modulo di domanda (allegato A) e il modulo per la certificazione specialistica (allegato B) sono disponibili sul sito dell'Ambito Distrettuale Sociale n. 14 "Alto Vastese" all'indirizzo www.comune.monteodorisio.ch.it e sui siti istituzionali dei Comuni appartenenti all'Ambito "Alto Vastese" n. 14, nonché presso gli Sportelli di Segretariato Sociale dell'ECAD e dei Comuni dell'Ambito. Per informazioni e/o supporto nella compilazione della domanda gli utenti ricompresi nel territorio dell'Ambito Distrettuale Sociale n. 14 "Alto Vastese", troveranno assistenza presso gli Sportelli di Segretariato Sociale comunali nei giorni e negli orari di apertura.

Art. 4 - Accesso al beneficio

4.1- Le istanze presentate, corredate di tutta la documentazione richiesta, saranno trasmesse all'UVM competente per territorio al fine di ottenere una valutazione del grado di compromissione funzionale dei richiedenti il beneficio, tramite Indice di Barthel Modificato, e una valutazione sociale relativa alla situazione socio-familiare e alla rete assistenziale.

4.2- l'ADS, per l'individuazione dei beneficiari, elaborerà una graduatoria, secondo i seguenti criteri di priorità, in considerazione delle limitate risorse economiche disponibili:

I. **intensità del bisogno assistenziale** facendo ricorso al valore dell'indice di Barthel Modificato ai sensi dell'art. 3, comma 2, del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016;
a parità di punteggio:

II. **situazione socio-familiare e socio-assistenziale;**

ad ulteriore parità di punteggio:

III. **reddito ISEE socio-sanitario** più basso;

ad ulteriore parità di punteggio:

IV. **maggiore età del beneficiario.**

Art. 5 – Incompatibilità dei benefici

5.1 - L'assegno Disabilità Gravissima per le persone affette da S.L.A. (Sclerosi Laterale Amiotrofica), è incompatibile con:

- Intervento a favore di minori affetti da malattie rare di cui alla DGR n.475/2019;
- l'erogazione del contributo previsto dalla L.R. 23.11.2012, n. 57 (Vita Indipendente);
- l'Assegno Disabilità Gravissima per le persone in condizione di disabilità gravissima incluse le persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal Morbo di Alzheimer in tale condizione;
- altre prestazioni economiche nazionali e regionali aventi le medesime finalità (come ad esempio prestazione prevalente nell'ambito del Bando INPS Home Care Premium 2019).

5.2 - L'Assegno Disabilità Gravissima per le persone in condizione di disabilità gravissima incluse le persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal Morbo di Alzheimer in tale condizione, è incompatibile con:

- l'erogazione del contributo previsto dalla L.R. 23.11.2012, n. 57 (Vita Indipendente);
- Intervento a favore di minori affetti da malattie rare di cui alla DGR n.475/2019.
- l'Assegno Disabilità Gravissima per le persone affette da S.L.A. (Sclerosi Laterale Amiotrofica);
- altre prestazioni economiche nazionali e regionali aventi le medesime finalità (come ad esempio prestazione prevalente nell'ambito del Bando INPS Home Care Premium 2019).

Art. 6 – Erogazione del beneficio

6.1 - L'erogazione delle due tipologie di Assegno è subordinato alla sottoscrizione tra il beneficiario e l'ECAD di appartenenza di un "Accordo di fiducia" in cui saranno indicati i reciproci impegni e



Ambito Distrettuale Sociale n. 14 Alto Vastese
ECAD Comune di Monteodorisio
Provincia di Chieti

Ufficio di Piano

le modalità di utilizzo delle risorse.

6.2- L'importo mensile dell'Assegno Disabilità Gravissima per le disabilità gravissime e per le persone affette da S.L.A. potrà variare da un importo minimo di € 400,00 ad un massimo di € 1000,00 per 12 mensilità e sarà erogato agli aventi diritto in base alla graduatoria e fino alla disponibilità delle risorse finanziarie, solo a seguito della sottoscrizione dell'accordo di fiducia.

L'ammontare dell'assegno mensile per le 12 mensilità, fermo restando gli importi minimi e massimi, è modulato sulla base dell'Allegato 3 - **Ipotesi 2** - alle "linee guida per la programmazione degli interventi per la non autosufficienza" attuati con il Fondo nazionale per la non autosufficienza per il periodo 2019/2021.

ATTRIBUZIONE DEL PUNTEGGIO RELATIVO AD ELEMENTI DI VALUTAZIONE DEL BISOGNO SOCIO-ASSISTENZIALE-FAMILIARE, SOCIO-SANITARIO E REDDITUALE PER LA DETERMINAZIONE DEGLI IMPORTI DEGLI ASSEGNI ECONOMICI MENSILI PER 12 MESI PER LA DISABILITA' GRAVISSIMA NEL PLNA 2019/2021

a) Punteggio di valutazione dell'intensità del bisogno assistenziale correlato all'ISEE socio-sanitario.

DISABILITA' GRAVISSIMA			
Valore ISEE SOCIO - SANITARIO	Fascia di intensità di bisogno molto alto (IBM 0-49 + dipendenza continuativa da ausili per la sopravvivenza)	Fascia di intensità di bisogno da alto a medio alto (IBM 0-62)	Fascia di intensità di bisogno da medio basso a basso (IBM 63-100)
Fino a 24.000,00 €	50 punti	35 punti	20 punti
Da 24.001,00 a 32.000,00 €	45 punti	30 punti	15 punti
Maggiore Di 32.001,00	40 punti	25 punti	10 punti

b) Punteggio di valutazione della situazione socio-familiare e del sostegno personale quotidiano

DISABILITA' GRAVISSIMA			
Situazione socio-familiare e sostegno personale quotidiano	Fascia di intensità di bisogno molto alto (IBM 0-49 + dipendenza continuativa da ausili per la sopravvivenza)	Fascia di intensità di bisogno da alto a medio alto (IBM 0-62)	Fascia di intensità di bisogno da medio basso a basso (IBM 63-100)
deficitaria	50 punti	35 punti	20 punti
Parzialmente deficitaria	45 punti	30 punti	15 punti
Lievemente deficitaria	40 punti	25 punti	10 punti
Per nulla deficitaria	0 punti	0 punti	0 punti



Ambito Distrettuale Sociale n. 14 Alto Vastese
ECAD Comune di Monteodorisio
Provincia di Chieti

Ufficio di Piano

Risultanze della somma dei punteggi sopra elencati a) e b) per la determinazione dell'importo dell'assegno mensile per 12 mesi per la disabilità gravissima

Fascia punteggio complessivo per la determinazione assegno di disabilità gravissima	Importo mensile assegno di disabilità gravissima
Da 100 a 90 punti	1000,00 €
Da 91 a 80 punti	950,00 €
Da 81 a 70 punti	900,00 €
Da 71 a 60 punti	850,00€
Da 61 a 50 punti	800,00 €
Da 51 a 40 punti	750,00 €
Da 41 a 30 punti	600,00 €
Da 31 a 20 punti	500,00 €
Da 21 a 0 punti	400,00 €

Art. 7 – Dichiarazioni mendaci e Informativa ai sensi dell'art.13 del Reg. UE 679/2016 relativo al trattamento ed alla protezione dei dati personali

Ai sensi del DPR n. 445/00 le dichiarazioni mendaci, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dalla legge sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia. I cittadini interessati decadranno, inoltre, dai benefici eventualmente ottenuti (art. 75 DPR 445/2000).

Ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 679/2016, i dati personali volontariamente forniti, propedeutici per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione. I dati saranno utilizzati al fine di procedere alla definizione dei procedimenti amministrativi in corso e dei controlli previsti dalla legge. Si rende noto che le informazioni fornite dovranno essere utilizzate e comunicate anche all'ASL e alla Regione Abruzzo, per lo svolgimento delle fasi endoprocedimentali rientranti nella competenza degli stessi Enti. I suddetti dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui al succitato Regolamento U.E. GDPR n. 679/2016 (Capo III). Il diritto di accesso dell'interessato alle informazioni sul trattamento dei dati personali che lo riguardano e altri diritti dell'interessato sono disciplinati dall'art. 15 all'art. 21 del Regolamento UE n. 679/2016. L'interessato può proporre una segnalazione o un reclamo, in materia del trattamento dei dati personali, all'autorità di controllo Garante Privacy.

Monteodorisio li 03/03/2021

Il Responsabile

U.di.P.

MODULO RICHIESTA (INTERVENTI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA)

**All'ENTE CAPOFILIA DI AMBITO DISTRETTUALE N° 14
UFFICIO DI PIANO**

via: V. EMANUELE III, n° 1

Cap 66050 Comune MONTEODORISIO (CH)

PEC: comune.monteodorisio@legalmail.it

DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a..... nato/a a Prov. (.....)

il...../...../...../....., nazionalità: italiana unione europea extracomunitaria:.....

residente a Prov. (.....)

Via/Piazza n°

Tel.: E-mail

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Medico di medicina Generale: Tel.:

(*) Riconosciuto: Persona disabile in situazione di gravità (art. 3, comma 3 L. 104/92) in data.....

(*) Allegare copia verbale

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a nato/a a Il...../...../.....

Residente a (.....) Via/Piazza

Tel..... E-mail

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Familiare:, Tutore, Amministratore di sostegno, Altro (specificare).....

Del Sig./Sig.ra..... nato/a a Il...../...../...../

Residente a (.....) Via/Piazza/C.da

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Recapito telefonico

Medico di medicina Generale: Tel.:

MODULO RICHIESTA (INTERVENTI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA)

C H I E D E

**B - INTERVENTI ECONOMICI AI SENSI ART. 3 DECRETO MINISTERO D.L. E P.S. (barrare una sola richiesta):
ASSEGNO DISABILITÀ GRAVISSIMA**

- B.1.1. ASSEGNO DI DISABILITÀ GRAVISSIMA PER LE PERSONE AFFETTE DA S.L.A. (SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA)
- B.1.2. ASSEGNO DI DISABILITÀ GRAVISSIMA PER LE PERSONE IN CONDIZIONI DI DISABILITA' GRAVISSIMA INCLUSE LE PERSONE IN STATO DI DEMENZA MOLTO GRAVE, TRA CUI QUELLE AFFETTE DAL MORBO DI ALZHEIMER IN TALE CONDIZIONE

A TAL FINE DICHIARA:

Composizione del Nucleo Familiare

Cognome e nome	Data di nascita	Grado di parentela	Situazione occupazionale (*)	ISEE

(*): Studente; Lavoratore/trice a tempo indeterminato; Lavoratore/trice a tempo determinato; Pensionato/a sociale; Pensionato/a; Disoccupato; Altro: _____

Attuale situazione abitativa del candidato al progetto

- da solo in famiglia in Comunità altro: _____

MODULO RICHIESTA (INTERVENTI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA)

Attualmente usufruisce dei seguenti servizi:

Tipologia Servizi	Erogatore	h. settimanali	contributo (mensile)
<input type="checkbox"/> Servizio assistenza Domiciliare - SAD			
<input type="checkbox"/> Assistenza Infermieristica Domiciliare			
<input type="checkbox"/> Assistenza Programmata Domiciliare (ADP - Medico Curante)			
<input type="checkbox"/> Servizio di Aiuto alla Persona			
<input type="checkbox"/> P.L.N.A.			
<input type="checkbox"/> Assegno di Cura e Assistenza			
<input type="checkbox"/> Trasporto			
<input type="checkbox"/> Buoni Servizio			
<input type="checkbox"/> Disponibilità di obiettori di Coscienza/Volontariato			
<input type="checkbox"/> Centro Diurno / Laboratorio			
<input type="checkbox"/> Inserimento Lavorativo / Formativo			
<input type="checkbox"/> Servizio Socio Assistenziale Scolastico e/o Socio Educativo Scolastico e/o Extra Scolastico			
<input type="checkbox"/> Contributo SLA / Dipendenza Vitale			
<input type="checkbox"/> prestazione servizio ai sensi dell'Home Care Premium (HCP)			
<input type="checkbox"/> beneficio economico ai sensi dell'Home Care Premium (HCP)			
<input type="checkbox"/> Altro:			

Assistenza svolta dai familiari e/o altra figura (assistente/care giver)

MODULO RICHIESTA (INTERVENTI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA)

AREE DEI BISOGNI

AREA AUTONOMIA PERSONALE

- | | | |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ALZARSI DAL LETTO | <input type="checkbox"/> USO DEL WC | <input type="checkbox"/> LAVARSI IL VISO |
| <input type="checkbox"/> LAVARSI LE MANI | <input type="checkbox"/> LAVARSI I CAPELLI E PETTINARSI | <input type="checkbox"/> IGIENE INTIMA |
| <input type="checkbox"/> FARE IL BAGNO O DOCCIA | <input type="checkbox"/> VESTIRSI O SPOGLIARSI | <input type="checkbox"/> ASSISTENZA NOTTURNA |
| <input type="checkbox"/> SEMPLICI INTERVENTI SANITARI | <input type="checkbox"/> GESTIONE CATETERE | <input type="checkbox"/> GESTIONE DEGLI AUSILI |
| <input type="checkbox"/> CORICARSI | <input type="checkbox"/> MANGIARE, BERE | <input type="checkbox"/> ALTRO: _____ |

AREA AUTONOMIA DOMESTICA

- | | | |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PULIRE LA CASA | <input type="checkbox"/> PREPARARE I PASTI | <input type="checkbox"/> FARE LA SPESA |
| <input type="checkbox"/> GESTIRE LA PRESENZA DI OSPITI | <input type="checkbox"/> ALTRO: _____ | |

AREA AUTONOMIA SOCIO-LAVORATIVA

- | | |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SPOSTARSI IN CARROZZINA FUORI DALL'ABITAZIONE | <input type="checkbox"/> GUIDA DEL MEZZO A DISPOSIZIONE |
| <input type="checkbox"/> UTILIZZO DEI MEZZI PUBBLICI ACCESSIBILI | <input type="checkbox"/> PARTECIPAZIONE ATTIVITA' CULTURALI |
| <input type="checkbox"/> ATTIVITA' RELATIVA AL TEMPO LIBERO | <input type="checkbox"/> DISBRIGO DI PRATICHE BUROCRATICHE |
| <input type="checkbox"/> ASSISTENZA SUL POSTO DI LAVORO | <input type="checkbox"/> ASSISTENZA SCOLASTICA O UNIVERSITARIA |
| <input type="checkbox"/> ATTIVITA' DI TEMPO LIBERO | <input type="checkbox"/> ATTIVITA' CULTURALI |
| <input type="checkbox"/> VIAGGI | <input type="checkbox"/> ACCOMPAGNAMENTO FUORI CASA |

Il/la sottoscritto/a informato/a ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti necessari per l'istruttoria della pratica sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione e che gli stessi saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D. Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di segreteria dell'Ente di Ambito Sociale Distrettuale:

- ❖ Si impegna a comunicare all'ECAD l'eventuale ricovero del diretto interessato
- ❖ Allega alla presente domanda:
 - Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE Socio Sanitario);
 - Certificazione ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92
 - Certificazione di invalidità al 100% e indennità di accompagnamento;
 - Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del richiedente e del beneficiario;
 - Certificazione sanitaria (allegato B), solo per i nuovi richiedenti e/o i non ammessi al beneficio nelle precedenti annualità
- ❖ Dichiara, in caso di ammissione al finanziamento, di non cumulare il beneficio mensile concesso con altre forme di contribuzione economica regionale e nazionale concessa per le medesime tipologie e finalità per la non autosufficienza con la riserva di optare per un solo beneficio.

MODULO RICHIESTA (INTERVENTI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA)

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76 D. Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.

Modalità di pagamento

BANCA: _____ **Agenzia:** _____

Conto Corrente n°: _____ **intestato a:** _____

Codice IBAN: _____

Conto Corrente Postale n°: _____ **intestato a:** _____

Consenso al trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a _____ ai sensi del D. Lgs. 20/06/2003 n. 196, autorizza il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente per l'assolvimento degli obblighi previsti e dai regolamenti comunali in materia.

Firma _____

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro, ai sensi dell'art. 76 DPR 445/200 in caso di dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.; informato, ai sensi dell'art. 13 D. Lgs 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, propedeutici per l'Istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del predetto D. Lgs. 196/2003, oltre che ad altri Enti Pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il sottoscritto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Segreteria dell'Ente di Ambito Sociale Distrettuale e al Punto Unico di Accesso del Distretto Sanitario.

Firma _____

MODULO RICHIESTA (INTERVENTI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA)

DICHIARAZIONE DI CONSENSO:

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli artt. 81 e 82 del D. Lgs. N. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili per le finalità di cui alla presente istanza.

Data /_____/_____/_____/

Firma _____

**CERTIFICAZIONE MEDICA SPECIALISTICA
DELLA CONDIZIONE DI "DISABILITA' GRAVISSIMA"
(art. 3 del D.M. 26/09/2016)**

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

in servizio presso¹ _____

CERTIFICA CHE

Il/La Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. ____ CAP _____

È AFFETTO/A DA PATOLOGIA TALE DA RIENTRARE IN ALMENO UNA² DELLE SEGUENTI CONDIZIONI:

a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala *Glasgow Coma Scale* (GCS) ≤ 10 (PUNTEGGIO RISCONTRATO: _____);

b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);

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 C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala *ASIA Impairment Scale* (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;

e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala *Medical Research Council* (MRC), o con punteggio alla *Expanded Disability Status Scale* (EDSS) ≥ 9 - PUNTEGGIO RISCONTRATO: _____ - o in stadio 5 di *Hoehn e Yahr mod.*;

f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;

g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;

¹ Indicare dove lo specialista opera: struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata.

² Possono essere indicate anche più condizioni.

h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con $QI \leq 34$ (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 (vedi allegato 2, DM 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, laddove richiesto, il punteggio della scala funzionale accertato.

Data _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO SPECIALISTA
