Pubblicato il 8/3/17
con repertorio N. 363

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

REGGIO CALABRIA

REGIONE CALABRIA

AVVISO PUBBLICO

Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissime.
Erogazione contributo da destinare alla persona con disabilità gravissima che necessita di assistenza continuativa nelle 24 ore per servizi assistenziali e per l'attività di caregiver familiare.

PREMESSA

Vista la Legge n°328/2000 – Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e Servizi Sociali, per come richiamata dalla Legge Regionale n° 23/2003;
Vista la Delibera di Giunta Regionale n° 364 del 27 settembre 2016 con la quale sono stati approvati i criteri generali relativi al Fondo della Non Autosufficienza per l'annualità 2014, con destinazione del 40% " **disabilità gravissime**" , assegnato alle Aziende Sanitarie per l'attuazione dei servizi secondo gli indirizzi contenuti nel Decreto Interministeriale del 7 maggio 2014;
Visto il Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016 che pone in elenco le patologie interessate, le scale di valutazione da utilizzare, ed il livello di stadiazione necessario per essere riconosciuti come pazienti in condizioni di disabilità gravissime, nonchè le procedure necessarie per il riconoscimento da parte dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare Distrettuale (UVM);
Vista la circolare n° 311020 del 17.10.2016 della Regione Calabria Dipartimento n°7 – Settore Politiche Sociali con la quale è stato comunicato l'importo del Fondo assegnato a ciascuna Azienda (ASP di Reggio Calabria € 1.413.806,24) e le direttive in merito alla tipologia degli interventi in favore delle persone in condizioni di disabilità gravissime e di dipendenza vitale assistiti a domicilio e alla tipologia di utenti destinatari degli interventi;
Vista la circolare n° 362997 del 02.12.2016 della Regione Calabria Dipartimento n°7 – Settore Politiche Sociali con la quale sono state date le direttive circa le modalità operative dell'intervento ed è stato quantificato il contributo mensile in € 600,00 da destinare alle persone con disabilità gravissime per servizi assistenziali e per l'attività di caregiver familiare;

Tanto premesso

L'ASP di Reggio Calabria emana il presente Avviso finalizzato all'erogazione di un contributo alla persona con disabilità gravissima e dipendenza vitale con necessità di assistenza continua nelle 24 ore per servizi assistenziali e per l'attività di caregiver dei familiari

Art. 1
Oggetto

L'ASP di Reggio Calabria erogherà il contributo pari a € 600,00 mensili alle persone affette da disabilità gravissime e dipendenza vitale che necessitano di assistenza continua nelle 24 ore.
Il contributo economico sarà erogato fino ad estinzione della somma destinata dal Dipartimento n°7 – Politiche Sociali della Regione Calabria all'ASP di Reggio Calabria pari ad € 1.413.806,24.
Tale trasferimento monetario è condizionato all'acquisto di servizio di cure e assistenza da parte della famiglia, ovvero alla fornitura diretta dei servizi assistenziali da parte dei familiari (caregiver).

Art. 2
Soggetti Destinatari

Gli utenti destinatari del contributo saranno tutti i soggetti in condizioni di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere socio sanitario nelle 24 ore, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni bio-psico –fisiche, con la compromissione delle funzioni respiratoria, nutrizionale, dello stato di coscienza, privi dell'autonomia motoria e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona per garantire l'integrità bio- psico – fisica, meglio specificati all'art.3 del DM 26 settembre 2016.

Art. 3
Soggetti Destinatari - Riconoscimento

Gli utenti destinatari del contributo saranno tutti i soggetti in condizioni di disabilità gravissima e di dipendenza vitale che ai fini del suddetto D.M. 26 settembre 2016 , si intendono le persone beneficiarie dell'invalidità civile e 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, e beneficiari della legge 104 /1992 art 3 comma 3 per le quali sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:

- persone in condizione di **Coma, Stato Vegetativo (SV)** oppure di **Stato di Minima Coscienza (SMC)** e con punteggio nella *scala Glasgow Coma Scale (GCS)* <=10 ; **(compilare tabella allegato 1 A)**;
- persone dipendenti da **ventilazione meccanica invasiva assistita o non invasiva continuativa** 24h /die per 7 giorni a settimana **(compilare prospetto allegato 1 B)**;
- persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)>=4 **(compilare tabella allegato 1 C)**;
- 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; **(compilare tabella allegato 1 D)**;
- persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala MedicalResearchCouncil (MRC) (compilare **tabella allegato 1E per i pazienti con SLA ed altre patologie neurodegenerative**.) , o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 **(compilare tabella allegato 1E/A per i pazienti affetti da Sclerosi Multipla)** , o in stadio 5 di Hoehn e Yahrmod (**Morbo di Parkinson e Parkinsonismi Degenerativi e Atipici** - compilare **tabella allegato 1E/B);**
- 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. **(compilare prospetto allegato 1 F)**;
- persone con gravissima **disabilità comportamentale dello spettro autistico** ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5. **(compilare tabella 1 G) ;**
- persone con diagnosi di **Ritardo Mentale Grave o Profondo** secondo classificazione DSM-5, con QI<=34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) <= 8. (compilare **tabella Allegato 1H)** ;
- 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 secondo le indicazioni dell'Allegato 2 del D.M.26 settembre 2016, che indica le compromissioni di funzioni respiratoria, nutrizionale, motoria e stato di coscienza. **(compilare allegato 2 per tutti i pazienti gravissimi non specificati nei punti precedenti).**

Il riconoscimento dello stato di gravità deve essere certificato da medici specialisti di riferimento di struttura pubblica che alla fine dell'accertamento dovranno compilare le schede preposte dal D.M. 26 settembre 2016 da utilizzare per la stadiazione e che sono allegate al presente avviso, con firma per esteso, timbro personale e timbro della struttura di appartenenza, consegnandola all'interessato in busta chiusa e sigillata, per essere allegata alla domanda di ammissione.

Qualsiasi manomissione della busta comporterà la sospensione dell'iter procedurale.

In allegato al presente avviso le schede che devono essere compilate dai medici specialisti di riferimento interpellati dal richiedente e sopra riportate e indicate.

I soggetti destinatari del contributo, per l'ammissione allo stesso, saranno sottoposti a valutazione da parte dell'UVM del Distretto di competenza sulla base delle schede di valutazione rilasciate dai medici specialisti di riferimento,e sulla

documentazione sanitaria in possesso nel caso in cui il paziente sia già in assistenza domiciliare integrata, o altra documentazione sanitaria presentata dall' interessato ad integrazione.

Art.4
Soggetti destinatari – Requisiti

Gli utenti destinatari del contributo, per come previsto dal DM 26 settembre 2016, devono essere in possesso dei seguenti requisii:

1. Essere in **condizioni di disabilità gravissima e di dipendenza vitale** per una o più delle condizioni patologiche come indicato all'Art.3 del D.M. 26 settembre 2016 (art. 3 presente Avviso);
2. Essere **beneficiari dell'invalidità civile e 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 (art. 3 DM 26 settembre 2016);
3. Essere **beneficiari della Legge 104/1992**, art.3, comma 3.
4. Non superare il limite di **reddito** fissato in € 60.000 (Delibera di Giunta Regionale n° 364 del 27 settembre 2016) - certificato con attestato ISEE;
5. Non essere attualmente ricoverato in condizioni di continuità presso alcuna struttura socio – sanitaria o sanitaria di tipo residenziale (Delibera di Giunta Regionale n° 364 del 27 settembre 2016);
6. Non usufruire di altri interventi e servizi socio assistenziali erogati dai comuni (Delibera di Giunta Regionale n° 364 del 27 settembre 2016) e che l'accettazione dell'assegno di cura è pertanto sostitutiva di ogni altra prestazione di carattere socio assistenziale;

Nel caso la condizione di cui al comma 2, lettera " a" e lettera "d "dell'art.3 del DM 26 settembre 2016, le persone che si trovano rispettivamente in **Coma, Stato Vegetativo (SV)** oppure di **Stato di Minima Coscienza o** persone con **lesioni spinali fra C0/C5, determinata da eventi traumatici**, e l'accertamento non sia ancora definito ai sensi delle disposizioni vigenti, possono comunque accedere, nelle more della definizione del processo di accertamento, in presenza di una diagnosi medica di patologia o menomazione da parte dello specialista di riferimento che accompagni il rilievo funzionale, allegando alla domanda copia della richiesta all'Inps.
Nel caso in cui il riconoscimento della Legge 104/1992 è ancora in itinere, bisogna allegare all'istanza copia della richiesta all'Inps.

Art. 5
Decorrenza - Revoca – Sospensione - Cessazione

In caso di riconoscimento delle condizioni per l'accesso al contributo, lo stesso sarà devoluto agli interessati **decorrerà** dalla data della roccamandata con la quale hanno inviato l'istanza. Fa fede il timbro postale.

Il contributo è revocato nei seguenti casi:

- A seguito del venir meno di una delle condizioni di ammissibilità;
- A seguito di inserimento continuativo in struttura residenziale;
- A seguito di trasferimento al di fuori del territorio regionale;
- A seguito di sopravvenuto decesso;

Il contributo viene **sospeso** in caso di ricovero presso qualsiasi istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 30 giorni.
Nel caso invece di **ricovero breve** il contributo sarà riconosciuto fino ad un massimo di 30 giorni.
L'istante si impegna, dietro propria responsabilità, a comunicare tempestivamente all'ASP qualsiasi eventuale variazione delle condizioni sopra esposte, per non incorrere nelle norme di legge attualmente vigenti in materia, e relative alle dichiarazioni dovute alla Pubblica Amministrazione.
Il contributo cessa nel momento in cui si estingue il fondo destinato alla azienda ASP di Reggio Calabria come da circolare n° 311020 del 17.10.2016 della Regione Calabria Dipartimento n°7 – Settore Politiche Sociali.

Art. 6
Presentazione delle Istanze

Le istanze per accedere al contributo dovranno essere inviate **esclusivamente per raccomandata con ricevuta di ritorno** ed indirizzate alla ASP di Reggio Calabria al seguente indirizzo:

ASP REGGIO CALABRIA
Affari Generali - Ufficio Protocollo
Via S.Anna II° tronco n° 18/P Palazzo Tibi

L'istanza deve essere inviata utilizzando il **modello di domanda allegato** al presente avviso, **indicando sulla stessa anche il Distretto Sanitario** competente per territorio nel cui comprensorio ricade il comune dove è domiciliato/residente il richiedente.
Nel caso in cui il richiedente, per il suo stato fisico o minore età o qualsiasi altra forma di impedimento, non è nelle condizioni di poter firmare l'istanza o altra forma di autocertificazione, le stesse saranno firmate dal Tutore, Amministratore di Sostegno regolarmente nominato, Caregiver o altro soggetto previsto per legge.
In questi casi bisogna allegare alla domanda idonea documentazione rilasciate dalle autorità o autocertificazione nel caso del caregiver, e copia del documento di riconoscimento.
Al modello di domanda dovranno essere **allegata** la seguente **documentazione:**

1. **Certificazione/** scheda sanitaria rilasciata da un medico specialista di riferimento di struttura pubblica, attestante lo stato di condizione di dipendenza vitale ed il grado di non autosufficienza/gravità;
2. Copia del **Verbale** di riconoscimento dell' **invalidità civile** al 100% e **dell'indennità di accompagnamento**, o di copia della domanda prodotta all'Inps per i casi di cui all'art.4 del presente avviso (condizione di cui al comma 2, lettera " a" e lettera "d "dell'art.3 del DM 26 settembre 2016) ;
3. Copia **certificazione** ai sensi dell'art. 3 comma 3 della **Legge 104/1992** (se ancora non in possesso allegare copia della richiesta all'Inps);
4. **Attestazione ISEE** in corso di validità e di regolarità;
5. **Copia del documento di identità** in corso di validità **del richiedente** il contributo;
6. **Copia del documento di identità** in corso di validità **del beneficiario** del contributo;
7. **Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario;**

Art. 7
Privacy

Tutti i dati personali di cui questa ASP verrà in possesso verranno trattati nel rispetto della D.lgs n° 196/2003 – Codice in materia di protezione personali, e s.m.i., esclusivamente per finalità attinenti alla procedura in essere.

Art.8
Pubblicazione Avviso

Il presente avviso con allegati modello di domanda e modelli di certificazione/ schede da mettere a disposizione per l'utilizzo da parte dei medici specialisti di riferimento, sarà pubblicato, per la sua più ampia divulgazione, sul sito aziendale dell'ASP e sarà trasmesso, per la massima divulgazione, a tutti i Distretti Sanitari per l'affissione presso la sede degli stessi e ai Comuni capofila degli Ambiti Territoriali Sociali della Provincia di Reggio Calabria: Bovalino – Caulonia – Gioia T. – Polistena – Taurianova – Villa S. G. - Reggio Calabria – Melito P.S. come da elenco trasmesso Dipartimento n°7 – Settore Politiche Sociali della Regione Calabria, alle sedi ospedaliere aziendali ed ai poliambulatori territoriali, ai Dipartimenti coinvolti: DAO – Salute Mentale e Prevenzione, il sito web istituzionale, alle maggiori testate giornalistiche ed emittenti locali della Provincia.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dr. Giacomino Brancati

Regione Calabria

Dipartimento Sviluppo Economico, Lavoro, Formazione e Politiche Sociali

DIREZIONE GENERALE

Prot SIAR _362997_____ del 2.12.2016

Ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali di:
- CATANZARO
- COSENZA
- CROTONE
- REGGIO CALABRIA
- VIBO VALENTIA

LORO SEDI

Al Dirigente Generale Dipartimento Tutela della Salute
Cittadella Regionale – CATANZARO

- e, p.c. Ai Comuni Capofila degli Ambiti Intercomunali per i servizi socio assistenziali e l'integrazione socio-sanitaria

LORO SEDI

Prot.SIAR N°

OGGETTO: DGR 364/2016. INTERVENTI IN FAVORE DELLE PERSONE AFFETTE DA DISABILITÀ GRAVISSIMA. INDICAZIONI OPERATIVE.

Si richiamano le precedenti note n. 311025/17.10.2016 e 328415/2016 relative alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 364/2016 in materia di "disabilità gravissime".

Al riguardo, ad integrazione delle suddette circolari e tenendo conto di quanto discusso nella riunione del 9 novembre scorso, nonché sulla base di quanto condiviso nel corso delle interlocuzioni con le associazioni di tutela dei malati, si forniscono qui di seguito alcune indicazioni operative:

Stante la mancanza di studi epidemiologici in Calabria, sulla scorta delle esperienze delle altre Regioni in questo campo che, per l'innovatività dell'intervento, possono ritenersi un utile riferimento, può ragionevolmente essere quantificato in 600,00 euro mensili il contributo da destinare alla famiglie per il supporto alla persona con disabilità gravissima. Il trasferimento monetario è condizionato all'acquisto di servizi di cura e assistenza da parte della famiglia, ovvero, alla fornitura diretta dei servizi assistenziali da parte dei familiari (caregiver). L'intervento dovrà essere attentamente monitorato sia dalle Aziende Sanitarie che dai Comuni Capofila degli ambiti distrettuali socio assistenziali per verificarne la reale efficacia e l'effettivo beneficio per la persona disabile.

Gli utenti destinatari dei servizi, è opportuno ricordarlo, sono persone in condizioni di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere socio sanitario

Cittadella Regionale, Viale Europa - Loc. Germaneto – 88100 Catanzaro
☎+39 0961 858462 - 858965 ✉ f.varone@regcal.it PEC dipartimento.selfps@pec.regione.calabria.it

nelle 24 ore per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona per garantirne l'integrità psico-fisica. A tale riguardo potranno essere utilizzate le schede di valutazione allegate al D.M. 26 settembre 2016 e già trasmesse a codeste ASP .

Com'è noto, il restante 60% del Fondo per la Non autosufficienza, per come stabilito dalla Delibera Regionale n. 464/2015, è invece destinato ai Comuni Capofila degli ambiti territoriali intercomunali ed è finalizzato al finanziamento di appositi Piani di Zona per la Non Autosufficienza con i criteri e le modalità stabiliti nelal stessa Deliberazione.

Entrambe le Deliberazioni evidenziano l'opportunità di assicurare le necessarie forme di collaborazione tra i due Enti coinvolti (ASP e Comuni) al fine di favorire l'integrazione socio sanitaria, per come raccomandato dallo stesso Ministero, nonché l'uso coordinato dei fondi evitando il più possibile la parcellizzazione delle risorse e la sovrapposizione degli interventi. Tali rapporti collaborativi sono stati già sperimentati, peraltro con risultati apprezzabili, in occasione della gestione del Fondo per la Non Autosufficienza da parte dei Comuni.

Appare altresì opportuno promuovere ogni forma utile di collaborazione con le organizzazioni maggiormente rappresentative di tutela delle persone con disabilità gravissima anche per raggiungere il maggior numero di possibili beneficiari e garantire l'uso più corretto delle risorse, così come già sperimentato, con esito positivo, in occasione del fondo erogato in precedenza a codeste Aziende Sanitarie per l'assistenza alle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica.

Questo Dipartimento Regionale alle Politiche Sociali è comunque disponibile per ogni ulteriore approfondimento che dovesse rendersi necessario, anche in corso d'opera, al fine di migliorare, concordemente con le stesse ASP e le organizzazioni di tutela dei malati, le modalità di valutazione e le metodologie d'intervento.

Distinti saluti

Il Dirigente del Settore
D.ssa Giovanna La Terra

Il Dirigente Generale
Dott. Fortunato Varone

Il Resp. Del Proced.
Dr. Cesare Nisticò

REGIONE CALABRIA
DIPARTIMENTO 7
SETTORE POLITICHE SOCIALI
Cittadella Regionale
CATANZARO

Catanzaro, 17.10.2016

Ai Direttori Generali delle
Aziende Sanitarie Provinciali di:
- CATANZARO
- COSENZA
- CROTONE
- REGGIO CALABRIA
- VIBO VALENTIA

LORO SEDI

e, p.c. Ai Comuni Capofila degli Ambiti Intercomunali per i servizi socio assistenziali e l'integrazione socio-sanitaria

PROT. SIAR 311025

OGGETTO: DGR 360/2016. Provvedimenti in favore di persone affette da disabilità gravissime.

Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 364 del 27 settembre 2016 sono stati approvati i criteri generali relativi al Fondo per la Non autosufficienza dell'annualità 2014, per la parte che riguarda le "disabilità gravissime", destinando il 40% del Fondo, pari a euro 4.800:800,00, alle Aziende Sanitarie Provinciali della Calabria per l'attuazione dei servizi qui di seguito specificati in conformità agli indirizzi contenuti nell'art. 3 del Decreto Interministeriale 7 maggio 2014:

A. TIPOLOGIA DEI SERVIZI:

1. Supporto alla persona con disabilità gravissima e alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare integrata socio-sanitaria, come complesso di attività dirette a favorire quanto più possibile condizioni di sicurezza dell'utente nel proprio contesto abitativo e, per quanto possibile, l'autosufficienza nelle azioni quotidiane. Il servizio rivolto alle persone con disabilità gravissime è inserito nell'ambito più ampio del contesto familiare e sociale.
2. Supporto alla persona con disabilità gravissima mediante trasferimenti monetari, nella misura in cui gli stessi siano condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari (caregiver) e vicinato sulla base di piani personalizzati di assistenza formulati dall'ASP di competenza. Tali interventi dovranno essere attentamente monitorati da parte delle Aziende Sanitarie e dei Comuni Capofila degli ambiti distrettuali socio assistenziali per verificarne la reale efficacia e l'effettivo beneficio per la persona disabile evitando forme di sussidio assistenzialistico.

B. GLI UTENTI destinatari dei servizi di che trattasi sono persone in condizioni di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere socio sanitario nelle 24 ore , per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie , nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona per garantirne l'integrità psico-fisica.

C. Si precisa che tutte le risorse del fondo per la Non Autosufficeinza, per come precisato dal decreto ministeriale, sono finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria. Le prestazioni di cui trattasi non sono sostitutivi, ma aggiuntivi e complementari a quelle sanitarie.

Il restante 60% del Fondo per la Non autosufficienza è invece destinato ai Comuni Capofila degli ambiti territoriali intercomunali e finalizzato al finanziamento di appositi Piani di Zona per la Non Autosufficienza. I criteri e le modalità per l'utilizzazione di questa parte del Fondo sono stati stabiliti con precedente Deliberazione Regionale n. 464/2015.

Entrambe le deliberazioni evidenziano l'opportunità di assicurare le necessarie forme di collaborazione tra i due Enti coinvolti (ASP e Comuni) al fine di favorire l'integrazione socio sanitaria, per come raccomandato dallo stesso Ministero, nonché l'uso coordinato dei fondi evitando il più possibile la parcellizzazione delle risorse e la frammentazione degli interventi. Tale metodologia è stata peraltro già adottata dai Comuni che hanno stipulato appositi protocolli con le Aziende Sanitarie in occasione delle precedenti annualità del Fondo per la Non Autosufficienza.

Appare altresì opportuno promuovere forme di collaborazione con le organizzazioni maggiormente rappresentative di tutela delle persone con disabilità gravissima con le quali dovranno essere stipulati appositi protocolli, anche per raggiungere il maggior numero di possibili beneficiari e garantire l'uso più corretto delle risorse, così come già sperimentato, con esito positivo, in occasione del fondo erogato in precedenza a codeste Aziende Sanitarie per l'assistenza alle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica.

Con successivo decreto saranno erogati a codeste ASP i fondi di che trattasi, con la distribuzione indicata in calce alla presente.

Contestualmente saranno inviate le schede redatte dal competente Ministero per il FNA 2016 e che, in quanto frutto di studi aggiornati e approfonditi sul tema delle disabilità gravissime, si ritiene possano essere validamente utilizzate, quale parte integrante dei predetti Protocolli, anche per il Fondo di cui trattasi nella presente nota.

Gli Uffici di questo Dipartimento Regionale sono a disposizione delle strutture territoriali delle ASP e dei Comuni per tutti i chiarimenti necessari e ogni forma di utile collaborazione.

Distinti saluti

Il Dirigente del Settore
D.ssa Giovanna Laterra

Il resp. del procedimento
Dr. Cesare Nisticò

****

ASP COSENZA	€ 1.714.878,63
ASP CROTONE	€ 414.636,88
ASP CATANZARO	€ 870.886,06
ASP VIBO VALENTIA	€ 386.592,19
ASP REGGIO CALABRIA	€ 1.413.806,24
TOTALE FONDO	€ 4.800.800,00

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

REGGIO CALABRIA

REGIONE CALABRIA

D.M. 26 SETTEMBRE 2016

DGR 364/2016 REGIONE CALABRIA – DIPARTIMENTO N°7 SETTORE POLITICHE SOCIALI

Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissime.
Erogazione contributo da destinare alla persona con disabilità gravissima che necessita di assistenza continuativa nelle 24 ore per servizi assistenziali e per l'attività di caregiver familiare.

PROTOCOLLO OPERATIVO

FINALITA'

Supporto alle persone con disabilità gravissima mediante trasferimenti monetari alle famiglie, finalizzati all'acquisto di servizi di cura ed assistenza domiciliare o alla fornitura diretta degli stessi servizi domiciliari da parte dei familiari care giver e vicinato sulla base di piani personalizzati di assistenza socio – sanitaria.
Detto supporto si concretizza in un trasferimento monetario al richiedente avente diritto o suo caregiver, quantificato mensilmente in € 600,00, fino ad estinzione del fondo assegnato all'ASP di RC.
Il fondo è indistinto e non và distribuito tra i vari Distretti Sanitari, perché al momento non è ipotizzabile il numero di istanze che saranno presentate in ogni Distretto Sanitario.

UTENTI AVENTI DIRITTO

Persone in condizione di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere socio/sanitario nelle 24h, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico – fisiche con la compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona per garantirne l'integrità psico – fisica.
Il Decreto Ministeriale 26 settembre 2016,in via sperimentale, all'art.3 comma 2, definisce ed elenca, le patologie che portano delle persone anche a disabilità gravissima e che quindi hanno accesso al contributo economico previsto.

REQUISITI NECESSARI

I requisiti per essere ammessi alla misura economica sono:

1. Essere in **condizioni di disabilità gravissima e di dipendenza vitale**per una o più delle condizioni patologiche come indicato all'Art.3 del D.M. 26 settembre 2016;
2. Essere **beneficiari dell'invalidità civile e 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(art. 3 DM 26 settembre 2016);
3. Essere **beneficiari della Legge 104/1992,** art.3, comma 3.
4. Non superare il limite di **reddito** fissato in € 60.000 (Delibera di Giunta Regionale n° 364 del 27 settembre 2016) - certificato con attestato ISEE;
5. **Non essere attualmente ricoverato** in condizioni di continuitàpresso alcuna struttura socio – sanitaria o sanitaria di tipo residenziale (Delibera di Giunta Regionale n° 364 del 27 settembre 2016);

6. **Non usufruire di altri interventi e servizi socio assistenziali erogati dai comuni** (Delibera di Giunta Regionale n° 364 del 27 settembre 2016)e che l'accettazione dell'assegno di cura è pertanto sostitutiva di ogni altra prestazione di carattere socio assistenziale;

I 6 requisiti sopra indicati devono essere tutti presenti.

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Le istanze per accedere al contributo dovranno essere inviate **esclusivamente per raccomandata con ricevuta di ritorno** ed indirizzate alla ASP di Reggio Calabria al seguente indirizzo:

ASP REGGIO CALABRIA
Affari Generali - Ufficio Protocollo
Via S.Anna II° tronco n° 18/P Palazzo Tibi

Per l'istanza deve essere utilizzato il modello di domanda allegata al DGR 364/2016,**indicando sulla stessa anche il Distretto Sanitariocompetente per territorio** nel cui comprensorio ricade il comune dove è domiciliato il richiedente.
Nel caso in cui il richiedente, per il suo stato fisico o minore età o qualsiasi altra forma di impedimento, non è nelle condizioni di poter firmare l'istanza o altra forma di autocertificazione, le stesse sono firmate dal Tutore, Curatore o Amministratore di Sostegno regolarmente nominato, Care giver o altro soggetto previsto per legge.
In questi casi bisogna allegare alla domanda idonea documentazione rilasciate dalle autorità competenti o autocertificazione nel caso del caregiver.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

Per l'accesso al contributo viene richiesta la seguente documentazione da allegare alla domanda:

1. **Certificazione/ scheda sanitaria** rilasciata da un medico specialista di riferimento di struttura pubblica, attestante lo stato di condizione di dipendenza vitale ed il grado di non autosufficienza/gravità;
2. Copia del Verbale di riconoscimento **dell'invalidità civile al 100%** e
3. Copia del riconoscimento **dell'indennità di accompagnamento**;
4. Copia certificazione ai sensi dell'art. 3 comma 3 della **Legge 104/1992**;
5. **Attestazione ISEE** in corso di validità e di regolarità, con limite, per l'accesso al contributo, di € 60.000,00 ;
6. Copia del **documento di identità** in corso di validità del **richiedente** il contributo;
7. Copia del **documento di identità** in corso di validità del **beneficiario** del contributo;
8. Autocertificazione dello **stato di famiglia** del beneficiario;

Nel caso in cui il riconoscimento della indennità di accompagnamento è ancora in itinere, bisogna allegare all'istanza copia della richiesta all'Inps.
Nel caso in cui il riconoscimento della Legge 104/1992 è ancora in itinere, bisogna allegare all'istanza copia della richiesta all'Inps.
La certificazione / scheda sanitaria del medico specialista di riferimento deve risultare in busta chiusa e sigillata dal medico che ha certificato.

CERTIFICAZIONE SANITARIA

La certificazione sanitaria deve essere rilasciata daun **medico specialista di riferimento distruttura pubblica.**
Questa consiste nella compilazionedi schede/tabelle specifiche che permettono l'utilizzo delle scale di valutazione indicate dal Decreto Interministeriale art 3 commi 1-2-3 (Allegato 1) e presenti allegati in delibera, anche diversificate tra loro per situazione patologica, o utilizzando l'Allegato 2 per tutte le altre situazioni in condizioni di dipendenza vitale non citate nell'Allegato 1 o che non necessitano di scale di valutazione.
Il medico specialista di riferimento sulla base della documentazione sanitaria esibita dal paziente, la visita e ogni altra iniziativa che intende intraprendere, esprimerà la diagnosi e stadierà secondo la scala indicata dal ministero per la specifica situazione patologica.
Il medico apporrà in calce la firma leggibile, il suo timbro personale ed il timbro di struttura pubblica di appartenenza.
Nel caso in cui il paziente sia allettato in permanenza o comunque non è in condizioni, per motivi dello stato di salute, di poter raggiungere una struttura pubblica, potrà richiedere la visita a domicilio.

CONDIZIONI SALUTE RICHIESTE – SCALE - VALORI SOGLIA PER STADIAZIONE

Per tutte le condizioni di salute richieste dall'art. n° 3 del Decreto Interministeriale 26 settembre 2016, sono state predisposte delle tabelle/schede di stadi azione con la relativa scala di riferimento.

Ogni scheda/tabella prevede oltre ai dati anagrafici del richiedente, la dichiarazione di diagnosi e la corrispettiva scala di riferimento da utilizzare per la stadiazione.

Di seguito si elencano le condizioni patologiche ammesse – le scale da utilizzare – i valori soglia di riferimento per la stadi azione:

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) con punteggio <=10*(**compilare tabella allegato 1 A**);

b) persone dipendenti da **ventilazione meccanica INVASIVA assistita o non invasiva continuativa 24h/die x 7 giorni** la settimana(**compilare dichiarazione allegato 1B**)

c) persone con grave o gravissimo stato di **demenza** con un punteggio sulla scala ClinicalDementia Rating Scale (CDRS) con punteggio >=4 **(compilare tabella allegato 1 C)**;

d) persone con **lesioni spinali fra C0/C5**, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B **(compilare tabella allegato 1 D)**;

e) persone con gravissima **compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare** con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala MedicalResearchCouncil (MRC) (compilare **tabella allegato 1E per i pazienti con SLA-SMA ed altre patologie neurodegenerative**) , o con punteggio alla ExpandedDisability Status Scale (EDSS) ≥ 9 **(compilare tabella allegato 1E/A per i pazienti affetti da Sclerosi Multipla)** ,. o in stadio 5 di Hoehn e Yahrmod(compilare **tabella allegato 1E/Bper paziente affetto da Morbo di Parkinson e Parkinsonismi Degenerativi e Atipici).**

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**(compilare prospetto allegato 1 F)**;

g) persone con gravissima **disabilità comportamentale dello spettro autistico** ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5**(compilare tabella 1G)**

h) persone con diagnosi di **Ritardo Mentale Grave o Profondo** secondo classificazione DSM-5, con QI<=34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe MentalRetardation (LAPMER) <= 8 **(compilarevedi tabella 1H)** ;

Per ogni altra persona che si trovi in condizione di dipendenza vitale e che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche non specificati nei punti precedenti, il medico specialista di riferimento, compilerà l'allegato 2.

TRASMISSIONE DOMANDA AI DISTRETTI

La procedura per l'acquisizione dell'istanza – valutazione – riconoscimento del diritto e liquidazione mensile del contributo monetario dovuto è a carico dei Distretti Sanitari.

Pertanto L'Ufficio Affari Generali, protocollata l'istanza, provvederà a smistarla ai Distretti competenti per territorio, perché la facciano pervenire al PUA cosi come indicato dal Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016 art. 4 punto 1 comma " a", che lo definiscepunto unico di accesso e informazione.

,Nel PUA è prevista anche la presenza di assistenti sociali del comune capofila che collaborerà quindi alle operazioni non sanitarie destinate a detto ufficio.

VALUTAZIONE PUNTO UNICO DI ACCESSO

L'istanza pervenuta sarà dapprima valutata dal punto di vista procedurale e socialedal **PUAfront officecon** particolare attenzione alla presenza dei requisiti non prettamente sanitari.

La valutazionedella documentazione riguarderà:

a) La completezza dell'istanza, la corretta compilazione e la regolarità in tutte le sue parti;
b) La presenza in allegato di tutta la documentazione e della certificazione/schede sanitarie richieste dal DGR 364/2016;
c) La verifica se il soggetto istante già usufruisce di altri interventi e servizi socio – assistenziali erogati dai comuni o altri enti.

Il PUA,valutata la documentazione la inoltrerà all'UVM per il seguito di competenza, se la stessa è ritenuta idonea sotto tutti gli altri aspetti vincolanti ai fini del riconoscimento del diritto al contributo.

Se invece non è ritenuta in linea con quanto richiesto per accedere al beneficio economico potrà decidere di sospenderne l'iter in caso di necessità di chiarimenti o per completezza dell'istanza, oppure respingerla in assenza dei presupposti di ammissibilità diversi da quelli sanitari.

CASI DI SOSPENZIONE DEL PROCEDIMENTO

Nei casi in cui la documentazione richiesta non risulta completa, l'interessato sarà invitato dal PUA a completare la documentazione richiesta secondo quanto previsto dal DGR 364/2016 entro un termine prestabilito.

Nei casi in cui l'istante già percepisce altre forme di sostegno sociale economico erogato dal comune o altri enti, o usufruisce di altri interventi o servizi socio – assistenziali erogati dal comune,*l'iter procedurale sarà sospeso*e l'interessato sarà invitato dall'Assistente Sociale del Comune a valutare se mantenere i benefici di cui fino al momento ha goduto, rinunciando all'istanza, ovvero rinunciare formalmente ai benefici di cui fino al momento ha goduto e dare seguito all'istanza, il tutto entro un termine prestabilito..

In tutti questi casi il PUA front Office comunicherà all'interessato un tempo entro il quale regolarizzare la posizione, superato il quale l'istanza sarà rigettata definitivamente con comunicazione all'interessato.

Della sospensione dell'iter procedurale e della relativa comunicazione deve rimanere traccia formale.

La comunicazioneall'interessato è a cura del Distretto Sanitario competente.

CASI DI RIGETTO DELL'ISTANZA ALLA PRIMA VALUTAZIONE PUA

L'istanza sarà rigettata in assenza di uno o più requisiti richiesti dal DGR 364/2016.

Sarà inoltre rigettata definitivamente in tutti quei casi che hanno portato ad una temporanea sospensione dell'iter procedurale, non andati a buon fine entro il periodo di sospensione concesso per la completezza della pratica.

La comunicazione del rigetto, a carico del DistrettoSanitario , deve essere adeguatamente motivata, e trasmessa in maniera formale in modo che ne rimanga la tracciabilità.

VALUTAZIONE UVM

Il Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 aal' art. 4 comma 1 lettera "c" identifica nell'UVM l'Unità di valutazione del caso per l'ammissibilità al beneficio economico.

L'UVM riceverà dal PUA tutte le istanze ritenute ammissibili alla prima valutazione, per procedere alla verifica delle condizioni di non autosufficienza grave – gravissima, sulla scortadella documentazione sanitaria presentata e rappresentata dalle schede/tabelle certificate dai medici specialisti di riferimento di struttura pubblica.

Nel caso in cui si renda necessario un ulteriore approfondimento, l'UVM ha facoltà di richiedere ulteriori chiarimenti o integrazioni allo specialista di riferimento che ha certificato con la scheda il grado di disabilità.

Il Decreto Interministeriale raccomanda l'utilizzo dell'ICF.

Per ogni seduta sarà redatto un verbale come da modello allegato.

Parere favorevole

Se l'UVM esprimerà parerefavorevole, dopo valutazione della documentazione, bifferàin calce alla domanda"**ParereUVM favorevole**" ,con data della seduta UVM, firma del Responsabile UVM e timbro.

Parere sfavorevole

Se l'UVM esprimerà parre sfavorevole bifferà in calce alla domanda **"Parere UVM sfavorevole"** , con data della seduta UVM, firma del Responsabile UVM e timbro.

In quest'ultimo caso l'UVM motiverà il proprio diniego sul verbale ed il Distretto Sanitario informerà il richiedentecon comunicazione formale in modo da garantirne la tracciabilità.

Alle sedute dell'UVM Distrettuale organizzate per la valutazione delle istanze pervenute, potrà presenziare anche un Assistente Sociale del Comune Capofila, ai soli fini di una forma di collaborazione tra i due enti territoriali.

EROGAZIONE CONTRIBUTO - LIQUIDAZIONE

La fase della liquidazione è a carico del Distretto Sanitario.

Verificata da parte dell'UVM l'eligibilità dell'istante, il contributo dovrà essere erogato dall'ASP nella misura di €600,00 al mese fino ad estinzione della somma destinata a ciascuna ASP.

Sono previsti anche pagamenti di giorni in un mesi per motivazioni varie: sopravvenuto decesso, trasferimento, ricovero etc., calcolando l'importo giornaliero per il periodo del diritto (600/30= 20x il numero dei giorni di diritto).

Il riconoscimento del contributo avverrà dalla data di spedizione della raccomandata. Fa fede il timbro postale.

Verificato il verbale dell'UVM, il Direttore del Distretto autorizzerà il pagamento attraverso il modello allegato e ne disporrà la liquidazione e la successiva trasmissioni degli atti dovuti all'Ufficio Economico Finanziario per il relativo accredito.

La puntualità nella trasmissione mensile della documentazione attestante i beneficiari aventi dirittoè necessaria in quanto il fondo è indistinto e non suddiviso tra i vari Distretti Sanitari e và ad estinzione, dovendo comunque garantire il riconoscimento mensile per tutti gli aventi diritto.

CASI DI CESSAZIONE O SOSPENZIONE DEL CONTRIBUTO

L'erogazione della misura economica cessa:

- A seguito del venir meno di una delle condizioni di ammissibilità;
- L'inserimento continuativo in struttura residenziale;
- Trasferimento al di fuori del territorio regionale;
- Trasferimento presso altra ASP;
- Decesso;

L'erogazione della misura economica vienesospesa in caso di:

- Ricovero presso struttura residenziale in ricovero di sollievo a carico totale del Fondo Sanitario per un periodo superiore a 30 giorni, e fino alla durata del ricovero.

Il beneficiario o suo tutore/curatore/amministratore di sostegno/care giver sono obbligati a comunicare al Distretto Sanitario qualsiasi variazione dello status che permette l'acquisizione del contributo nel rispetto delle norme attualmente vigenti.

Detta variazione deve essere trasmessa al PUA che ne prenderà atto anche con le verifiche del caso con successiva cessazione del contributo o sospensione nei casi di ricovero di sollievo oltre i 30 giorni.

PAGAMENTO DEL BENEFICIO ECONOMICO

Le procedure per il pagamento mensile del beneficio economico, è a carico del'Ufficio Economico Finanziario dell'ASP.

Lo stesso avviene esclusivamente con accredito su C/C bancario o Postale indicato sull'istanza di ammissione.

L'istante dovrà annotare sulla domanda CODICE IBAN – Sede Agenzia e ogni eventuale variazione di conto deve essere tempestivamente comunicato al Distretto Sanitario per le opportune correzioni.

L'Ufficio Economico Finanziario procederà mensilmente alle operazione di accredito sui singoli conti solo in presenza delle liquidazioni mensili di tutti i Distretti Sanitari.

La liquidazione mensile si rende necessaria in quanto le condizioni dei singoli casi possono variare, per tutti i casi sopra elencati alle voci cessazioni/sospensioni del contributo.

L'Ufficio Economico Finanziario dovrà identificare il personale deputato a dare seguito alla liquidazione con i relativi accrediti e a stabilire rapporti utili con i Distretti per il buon andamento delle operazioni ed il controllo del corretto utilizzo del fondo assegnato all'ASP.

MONITORAGGIO

Il Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016, all'art.5 prevede anche il monitoraggio del fondo, al fine di verificare l'efficace gestione delle risorse destinate, nonche' la destinazione delle stesse al perseguimentodellefinalita' che si intende perseguire, anche alla luce del principio generale di trasparenza di cui all'art. 1 del decreto legislativo 14 marzo 2013, è necessario il monitoraggio dei flussi finanziari e, nello specifico, i trasferimenti effettuati.

Il monitoraggio è da effettuarsi anche per ciascuna patologia o situazione patologica interessata anche al fine di migliorare la programmazione futura.

In particolare bisognerà monitorare per la regione cosi come richiesto per ogni ambito socio sanitario:

a) **Numero totale di istanze pervenute**
b) **Numero totale di istanze rigettate**
c) **Numero totale di istanze ammesse al beneficio economico**

d) **Numero di istanze ammesse al beneficio economico suddivise per situazione patologica che ne ha permesso il riconoscimento del diritto**
e) **Flusso economico mensile**
f) **Calcolo mensile residuo fondo**

I dati richiesti saranno assemblati per ambito sociale cosi come richiesto dal Ministero, per distretto ed infine per ASP e dovranno essere trasmessi alla Regione Calabria Dipartimento 7 – Settore Politiche Sociali nei termini richiesti.
Considerato che i dati che ne scaturiranno sono necessari anche ad una eventuale programmazione sociale dei comuni, per l'attività di monitoraggio sarà richiesta la fattiva collaborazioni degli assistenti sociali indicati dai comuni capofila a collaborare nei PUA distrettuali.

COORDINAMENTO

Ai soli fini di un coordinamento operativo delle procedure che regolano l'attività da svolgere, del monitoraggio ed elaborazione dei dati statistici delle situazioni patologiche coinvolte,dei flussi economici mensili, nonché dei rapporti ASP – Dipartimento Regionale, e di quant'altro possa essere necessario per il raggiungimento dell'obiettivo, bisogna identificare un Dirigente Medico ed un Assistente Sociale, a disposizione della Direzione Generale, per detta attività da svolgersi esclusivamente in orario di servizio.

Al Distretto Sanitario di _____dell'Azienda Sanitaria Provinciale _____

Domanda di valutazione per l'attivazione del contributo destinato alle disabilità gravissime

(Delibera Regione Calabria n. 364/2016. Supporto alla persona con disabilità gravissima mediante trasferimenti monetari alle famiglie finalizzati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari o alla fornitura diretta degli stessi servizi domiciliari da parte dei familiari -caregiver e vicinato sulla base di piani personalizzati di assistenza).

Destinatari : persone in condizioni di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere socio sanitario nelle 24 ore per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona per garantirne l'integrità psico-fisica.

Dati del soggetto dichiarante

Nome		Cognome	
Data di nascita		Comune di nascita	
Codice Fiscale			
Residenza		Via	
Titolo*		Telefono	

***Scegliere tra le seguenti opzioni : a) interessato b) familiare/genitore o chi esercita la responsabilità genitoriale c) legale rappresentante**

Dati dell'assistito (se diverso dal soggetto dichiarante)

Nome	
Cognome	
Codice Fiscale	
Residenza	

CHIEDE

L'accesso alla valutazione per l'attivazione della misura economica stanziata con il suddetto atto a favore di soggetti affetti da gravissime disabilità, con la finalità del mantenimento dell'assistito al proprio domicilio, poiché in possesso dei requisiti richiesti.

Ai sensi del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità penale, per le false dichiarazioni, la falsità negli atti o l'uso di atti falsi,

DICHIARA

- che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura sociosanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- di essere a conoscenza che il diritto al contributo cessa con l'inserimento definitivo in struttura residenziale, con il trasferimento al di fuori del territorio regionale, con il decesso o con il venir meno di una delle condizioni di ammissibilità.
- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione al suddetto Distretto Sanitario in caso di ricovero presso qualsiasi istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 30 giorni per la sospensione temporanea del beneficio oppure in caso di decesso del beneficiario;
- di non usufruire di altri interventi e servizi socio assistenziali (servizi domiciliari, ecc.) erogati dai comuni, e che l'accettazione dell'assegno di cura é pertanto sostitutiva di ogni altra prestazione di carattere socio assistenziale.

ALLEGA

[ ] Certificazione sanitaria rilasciata da una struttura sanitaria pubblica attestante la patologia determinante dipendenza vitale e il grado di non autosufficienza/gravità

[ ] Verbale di riconoscimento dell'invalidità civile al 100% e dell'indennità di accompagnamento (se ancora non in possesso, allegare copia della richiesta all'Inps);

[ ] Certificazione ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/1992 (se ancora non in possesso allegare copia della richiesta all'Inps);
[ ] Attestazione ISEE in corso di validità e di regolarità, con limite, per accesso al contributo, di € 60.000,00 ;
[ ] Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo;
[ ] Copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo;
[ ] Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario

CHIEDE

che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

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

diretto al Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

CodiceFiscale _____

tramite accredito sul Conto Corrente [ ] Bancario [ ] Postale (Codice IBAN 27 caratteri)

_____

[ ] c/o Banca/Ufficio Postale_____ Sede/Agenzia _____

INFORMATIVA PRIVACY : *Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D. Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi 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 al ttolare e responsabile del trattamento dei dati presso il Distretto Sanitario competente.*

DICHIARAZIONE DI CONSENSO *Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 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 previste dagli "Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima" della Regione Calabria, ai sensi della DGR n. n. 364/2016.*

Luogo e data _____ Firma del richiedente _____

****

A CURA DELL'ASP

Parere UVM : ☐ **FAVOREVOLE** ☐ **SFAVOREVOLE**

Firma del Responsabile/Referente UVM _____ _____

Luogo e Data _____ **timbro**

Il Direttore del Distretto Sociosanitario di

_____

Vista l'istanza presentata dal signor _____ , nato a _____ il _____ e residente in _____ alla via _____,

tendente ad ottenere i benefici di cui alla DGR n°364/2016 previo riconoscimento dello status di persona con disabilità gravissima in favore di _____, nato a _____ e residente in _____ alla via _____;

Preso atto del giudizio valutativo espresso dall'UVM nel corso della seduta del _____ e qui integralmente richiamata;

Considerata la natura della richiesta tendente ad ottenere un assegno di cura finalizzato ad assistere al proprio domicilio il signor _____ ricorrendo:

☐ all'acquisto di prestazioni socioassistenziali

☐ alle cure dirette del caregiver familiare identificato nella persona di seguito indicata

_____

_____

AUTORIZZA

la concessione di un assegno di cura di importo pari ad euro 600,00 (seicento/00) per la durata di un anno, e comunque sino alla effettiva consistenza dello specifico fondo così per come determinato dalla Regione Calabria, finalizzato ad assistere al proprio domicilio il signor

_____

residente in _____ **alla via**

_____

con le modalità prescelte e comunque nel rispetto di quanto definito dalla Regione Calabria con i propri provvedimenti.

Il Direttore del Distretto

CRITERI PER LA CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO "Disabilità Gravissime"

- schede sanitarie -

(Decreto Ministeriale 26 settembre 2016, con riferimento in particolare all 'art. 3 (disabilità gravissime) - allegati 1 (scale di valutazione della condizione di disabilità gravissima) e 2 (altre persone in condizione di dipendenza vitale).

I destinatari sono:

Persone in condizione di disabilità gravissima, che ai fini del suddetoDM , si intendono le persone beneficiarie dell'invalidità civile e 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, e per le quali sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:

a) persone in condizione di Coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella *scala Glasgow Coma Scale (GCS) con punteggio <=10*(**compilare tabella allegato 1 A**);

b) persone dipendenti da ventilazione meccanica INVASIVA assistita o non invasiva continuativa 24h/die x 7 giorni la settimana(**compilare dichiarazione allegato 1B**)

c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala ClinicalDementia Rating Scale (CDRS) con punteggio >=4 **(compilare tabella allegato 1 C)**;

d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B **(compilare tabella allegato 1 D)**;

e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala MedicalResearchCouncil (MRC) (compilare **tabella allegato 1E per i pazienti con SLA-SMA ed altre patologie neurodegenerative**) , o con punteggio alla ExpandedDisability Status Scale (EDSS) ≥ 9 **(compilare tabella allegato 1E/A per i pazienti affetti da Sclerosi Multipla)** , o in stadio 5 di Hoehn e Yahrmod(compilare **tabella allegato 1E/Bper paziente affetto da Morbo di Parkinson e Parkinsonismi Degenerativi e Artipici)**.

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**(compilare prospetto allegato 1 F)**;

g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5**(compilare tabella 1G)**

h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con QI<=34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe MentalRetardation (LAPMER) <= 8 **(compilare tabella 1H)** ;

i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche**(compilare allegato 2 per tutti i pazienti gravissimi non specificati nei punti precedenti)**

Allegato1A

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 _____

GLASCOW 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 2014 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 _____

- o **È da considerarsi persona dipendente da ventilazione meccanica assistita invasiva**
- o **È da considerarsi persona dipendente da ventilazione non invasiva continuativa (24h/die – 7 giorni a settimana)**

Note:

.....

.....

.....

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____

Allegato1 C

Scala per la valutazione della condizione di 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 ilSignor/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 ClinicalDementia Rating Scale (CDR) estesa

	NORMALE **CDR 0**	DEMENZA DUBBIA **CDR 0.5**	DEMENZA LIEVE **CDR 1**	DEMENZA MODERATA **CDR 2**	DEMENZA 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
Giudiziosoluzione 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.

ClinicalDementia Rating Scale

Per ottenere il punteggio della CDR 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, incontinenti.

Criteri di applicazione tabella:
La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2014 è colei che riporta un punteggio sulla scala ClinicalDementia Rating Scale (CDRS)>= 4 ex ART. 3 comma 2 Lett. C, Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.

Note:

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____

Allegato 1 D

Scala per la valutazione della condizione di disabilità gravissima per le persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura.

Da compilare a cura dello Specialista di riferimento di struttura sanitaria pubblica

Si certifica che il Signor/ra

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 S4 –S5
☐	B = incompleta	Deficit motorio completo con conservazione della sensibilità al di sotto del livello neurologico che include S4 – S5
☐	C = incompleta	La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e più della metà dei muscoli chiave ha una validità inferiore a 3
☐	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 2014 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 comma 2 Lett. D), Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.

Note: .....

Luogo e data _____ Firma e timbro del compilatore _____

Allegato 1 E

Scala per la valutazione della condizione di disabilità gravissima per le persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica e muscolare con particolare riferimento alla SLA

Da compilare a cura dello Specialista della struttura sanitaria pubblica preposta

Si certifica che il Signor/ra

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 MedicalResearchCouncil (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 2014 è colei che ha gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ **1 ai 4***arti alla scala MedicalResearchCouncil (MRC)ex ART. 3 comma 2 Lett. E, Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.*

Note.....

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____

Allegato 1 E/A

Scala per la valutazione della condizione di disabilità gravissima per le persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica con particolare riferimento alla Sclerosi Multipla

Da compilare a cura dello Specialista di riferimento della struttura sanitaria pubblica

Si certifica che il Signor/ra

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 (ExpandedDisability 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 2014 è colei che ha gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9ex ART. 3 comma 2 Lett. E, Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.*

La stadiazione và 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, cerebellare, 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 soste 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 non in grado di camminare per più di 5 metri, anche con aiuto, e necessita di sedia a rotelle, riuscendo però a spostarsi dalla stessa 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 stessa.
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 _____

Firma e timbro 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 dello Specialista di riferimento della struttura sanitaria pubblica preposta
Si certifica che il Signor/ra

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 stadio clinico del paziente affetto da morbo di Parkinson.*
- *La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2014 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 visivo non superiore a 1720 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico 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, 1000,200 hertz nell'orecchio migliore.

Da compilare a cura dello Specialista di riferimento della struttura sanitaria pubblica preposta

Si certifica che il Signor/ra

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'orecchio migliore.

Note:

.....

.....

.....

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____

Allegato 1 G

Scala per la valutazione della condizione di disabilità gravissima per le persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico.

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 _____

Ha il seguente livello di classificazione del DSM - 5, per come identificato nella scala sottostante:.....

Livelli di gravità DSM - 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	senza supporto i deficit nella	rituali e comportamenti ripetitivi causano

"è necessario un supporto "	comunicazione sociale causano impedimenti che possono essere notati. Il soggetto ha difficoltà a iniziare le interazioni sociali e mostra chiari esempi di atipicità o insuccesso nella risposta alle iniziative altrui. Può sembrare che abbia un ridotto interesse nell'interazione sociale	un'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 2014 è colei che ha una disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta 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 1 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 il 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 o 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
	Afferra mento 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 2014 è colei che riporta un punteggio sulla scala LAPMER-Level of Activity in Profound/Severe MentalRetardation<=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 i 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 di 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 vitale 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 aspirazione quotidiana
   ☐ Presenza di Tracheostomia

4. **NUTRIZIONE**
   ☐ Necessita di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi
   ☐ 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 dei domini di cui ai punti 3 e 4.*

Note.....

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____