

**Deliberazione della Commissione Straordinaria
 (Dr. G. Meloni - Dr.ssa M. C. Ippolito - Dr. D. Giordano)**

REGISTRO GENERALE

N. 103 del 14 FEB. 2020

STRUTTURA PROPONENTE: Distretto Sanitario Tirrenica

PROPOSTA N. 7050 del 6.2.2020

OGGETTO: Fondo FNA anno 2016 – Adempimenti scaturenti Decreto Dirigenziale n. 17003 del 27.12.2019 avente ad oggetto: “Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 Fondo per le Non Autosufficienze annualità 2016 – Liquidazione Aziende Sanitarie Provinciali” – Approvazione Bando FNA 2016.

Il costo scaturente dalla presente proposta viene imputato nel bilancio _____ come segue:

CONTO _____ €. _____

CONTO _____ €. _____

CONTO _____ €. _____

CONTO _____ €. _____

Note _____

Il Funzionario Bilancio e Programmazione _____

Il Direttore/Dirigente ed il Responsabile del procedimento con la sottoscrizione del presente atto, attestano la completezza e la regolarità a norma di legge dei dati, dei documenti e delle procedure seguite

Il Resp.le del Procedimento

Il Direttore: Dr. Salvatore Barillaro

Data 6.2.2020

Parere del Direttore Amministrativo

Favorevole Non Favorevole

(con motivazioni allegate al presente atto)

Firma [Signature] Data 06-02-2020

Parere del Direttore Sanitario

Favorevole Non Favorevole

(con motivazioni allegate al presente atto)

Firma [Signature] Data 6-2-2020

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO AREA TIRRENICA

PREMESSO CHE con DPR dell'11/03/2019 registrato alla Corte dei Conti il 19/03/2019 la gestione dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria è stata affidata alla Commissione Straordinaria composta dal Prefetto Giovanni Meloni, dal Viceprefetto Vicario Maria Carolina Ippolito e dal Dirigente Area I Dir. Seconda Fascia Dr. Domenico Giordano;

PREMESSO CHE:

Con Legge 27.12.2006 n. 296, recante disposizioni per la formulazione del Bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 2007), al fine di garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali, con riguardo alle persone non autosufficienti, è stato istituito, presso il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, un fondo denominato "**Fondo per le non Autosufficienze**";

Il **Ministro** del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministro della Salute ed il Ministro dell'Economia e delle Finanze ha emesso il Decreto 26 settembre 2016 di riparto del Fondo Annualità 2016 e che con il predetto Decreto è stata prevista, in favore della Regione Calabria, l'assegnazione di una quota di finanziamento, per l'annualità 2016, pari a 13.806.000,00 euro, risorse destinate alla realizzazione di prestazioni e servizi assistenziali a favore di persone non autosufficienti, nel rispetto delle finalità di cui al predetto Decreto;

Con nota prot. n. 21566 del 06.06.2019 è stata inviata al competente Ministero la relazione contenente la destinazione delle somme e le rispettive azioni in conformità al Decreto Ministeriale 26 settembre 2016;

Il **Ministero** competente, in riscontro alla predetta nota, ha trasferito il Fondo di che trattasi in favore della Regione Calabria, per un importo complessivo pari ad euro 13.806.000,00;

Le risorse del predetto fondo sono destinate alla realizzazione di prestazioni e servizi assistenziali a favore di persone non autosufficienti, nel rispetto delle finalità di cui al DM 26.9.2016;

Con **DGR** n. 399 del 28 agosto 2019 recante "variazione al bilancio di previsione, al documento tecnico di accompagnamento e al bilancio gestionale 2019/2021 e annualità successiva – Dipartimento Lavoro, Formazione e Politiche Sociali" con il quale sono stati istituiti i capitoli in relazione all'assegnazione dei fondi in parola;

CONSIDERATO CHE per la predetta somma in conformità alle disposizioni di cui al DM 26.9.2016 è stata destinata la somma di euro 8.000.000,00 agli Ambiti Territoriali Intercomunali; euro 283.600,00 a agli Ambiti Territoriali Intercomunali per iniziative innovativo-sperimentali; ed euro 5.522.000,00 alle Aziende Sanitarie Provinciali per la realizzazione di interventi nel campo delle disabilità gravissime;

CONSIDERATO CHE il Dipartimento Lavoro, Formazione e Politiche Sociali (LFPS) – Settore 8 Politiche Sociali, Assistenziali, Inclusive e familiari – Regione Calabria, con Decreto n. 17003 del 27.12.2019 del Dirigente del Settore/Generale, avente per oggetto: "*Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 Fondo per le Non Autosufficienze annualità 2016 – Liquidazione Aziende Sanitarie Provinciali*", ha provveduto a ripartire l'importo destinato alla Regione Calabria sulla base della presenza di persone con disabilità grave nei diversi territori delle ASP, assegnando all'Asp di Reggio Calabria una somma pari ad € 1.626.313,03;

PRESO ATTO:

Del Decreto Interministeriale settembre 2016 (GU Serie Generale n° 280 del 30.11.2016), che all'art. 2 definisce le finalità delle risorse assegnate al fondo, all'art. 3 definisce le situazioni patologiche di disabilità gravissima che permettono l'accesso al fondo certificati da specialisti di struttura pubblica di riferimento, all'art. 4 definisce il PUA come Punto Unico di Accesso per la ricezione della richiesta e sportello informativo per gli utenti, e l'UVM, Unità di Valutazione Multidisciplinare come organo sanitario deputato alla valutazione e quindi all'accettazione o al respingimento dell'istanza, ed infine all'art. 5 definisce le modalità di erogazione ed il monitoraggio;

Della Deliberazione n°364/2016 della Giunta Regionale che destinava alle Aziende Sanitarie, e non più ai Comuni Capofila degli Ambiti Territoriali Sociali, il 40% del Fondo per la Non Autosufficienza (FNA), annualità 2014, al fine di garantire, come da indicazioni del Decreto Interministeriale 7 maggio 2014, supporto alle persone con disabilità gravissima ed alle famiglie mediante: l'incremento dell'assistenza domiciliare integrata sociosanitaria o trasferimenti monetari destinati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliare o alla fornitura diretta degli stessi da parte dei familiari e vicinato sulla base di piani personalizzati di assistenza;

Che nella stessa deliberazione di GR n. 364/2016 viene approvato un modello di domanda;

RICHIAMATI:

Nota n. 311025 del 17 ottobre 2016 del Dipartimento Regionale Politiche Sociali, con la quale si provvedeva ad inviare una circolare esplicativa riguardante i criteri generali relativi all'utilizzo del fondo, tra l'altro con l'indicazione di tipologia di servizi e di utenti;

Nota n. 362997 del 02.12.2016 del Dipartimento Regionale Politiche Sociali, trasmessa a seguito della riunione tenutasi presso il Dipartimento Regionale n. 7 il 9 novembre 2016 tra lo stesso Dipartimento e rappresentanze delle Aziende Sanitarie Provinciali regionali, nella quale si ribadisce quanto chiarito, che si riassume nei seguenti punti:

1. l'erogazione del contributo, da destinare alle famiglie per il supporto alla persona con disabilità gravissima, può essere ragionevolmente quantificato in € 600,00 (seicento) non essendo in possesso di dati epidemiologici orientativi;

2. il trasferimento monetario è esclusivamente 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;

3. per determinare le condizioni di gravità della situazione patologica dei richiedenti devono essere utilizzate le schede di cui al DM 26 settembre 2016;

4. le risorse sono comunque da finalizzare alla copertura di costi di rilevanza sociale dell'assistenza sociosanitaria;

5. i destinatari degli interventi devono essere persone in condizioni di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere sociosanitario nelle 24 ore, per bisogni complessi derivanti da 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, come stabilito dal Decreto Interministeriale settembre 2016;

6. si sollecita la collaborazione tra ASP e Comuni Capofila al fine di favorire l'integrazione sociosanitaria (...) nonchè l'uso coordinato dei fondi evitando così la parcellizzazione delle risorse e la frammentazione degli interventi;

Decreto Dirigenziale n. 17003 del 27.12.2019 recante "Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 Fondo per le Non Autosufficienze annualità 2016 – Liquidazione Aziende Sanitarie Provinciali";

Nota Dip. Lavoro, Formazione e Politiche Sociali della Regione Calabria n. 400056 prot. SIAR del 19.11.2019 con la quale è stato ritrasmesso il bando tipo da utilizzare per la formulazione di una nuova graduatoria per l'assegnazione del fondo in parola;

Nota n. 32719 del 14.5.2019 della Commissione Straordinaria dell'ASP di RC con la quale è stato designato il Dr. Barillaro, Direttore del Distretto Tirrenico come coordinatore delle procedure necessarie alla realizzazione degli interventi;

CONSIDERATA:

La necessità di rendere pubblica, con la massima divulgazione su tutto il territorio dell'ASP, la possibilità di accedere ad un contributo economico (FNA 2016) per tutti i residenti nella Provincia di Reggio Calabria che si trovino nelle condizioni patologiche indicate dal Decreto Interministeriale 26 settembre 2016;

La necessità di approvare un apposito Avviso Pubblico con relativa specifica procedura di accertamento e di accesso ai benefici di cui alla DGR 399/2019, compresi la fase di liquidazione ed accreditamento, del monitoraggio e dei controlli, con relativa modulistica;

CONSIDERATO:

Che alla nota prot. SIAR n. 234966 del 17.7.2017 è allegata una scheda di valutazione a punti che affiancherà la S.Va.M.A. ordinariamente utilizzata dalle UVM ed in detta scheda sono riportati i seguenti parametri graduati:

1. Velocità di progressione di malattia dalla diagnosi alla condizione di gravissima disabilità;
2. Situazione economico-finanziaria;
3. Situazione abitativa;
4. Situazione familiare;
5. Contatto sociale.

Che, come riportato dalla scheda, il sostegno deve essere garantito con *"...massima priorità agli istanti con un punteggio riscontrato nella scheda inferiore a 10..."*

Che i rilievi di natura sociale (situazione abitativa-familiare e contatto sociale) finalizzati all'assegnazione di uno specifico punteggio, utile per la graduazione e la compilazione della relativa S.Va.M.A. sociale, devono essere "gravissimi";

Che per detta attività l'Assistente Sociale utilizzerà come strumenti di valutazione la S.Va.M.Di. per i disabili (0-35 anni) e S.Va.M.A. per i pazienti >65 anni;

Che con successiva nota protocollo 256549 del 3.8.2017, il Dipartimento 7 Regione Calabria - Settore 8 Politiche sociali, ha trasmesso all'ASP il verbale e la tabella su indicata chiarendo che *"...le determinazioni in esso contenute dovranno trovare riscontro di procedimenti in atto di codeste Aziende Sanitarie"*;

Che la "graduazione" richiesta deve essere necessariamente unica per tutta l'ASP, e che detta "graduazione" deve essere deliberata dalla Direzione Generale dell'ASP; e che a "graduazione" deliberata sarà compito del Direttore del Distretto procedere alla liquidazione mensile del contributo spettante agli istanti presenti in posizione utile e che siano residenti nel territorio di competenza Distrettuale;

Che il Contributo economico è confermato quantificato in euro 600,00 (seicento) mensili e per un anno per ogni istanza ammessa;

Che il contributo ha durata fino all'estinzione dell'importo assegnato all'ASP di Reggio Calabria quantificato nel Decreto Dirigenziale n. 17003 del 27.12.2019 in €. 1.626.313,03;

Che dovendo procedere ad una forma di “graduazione” è necessario stabilire un termine ultimo di presentazione delle istanze indicato al trentesimo giorno dalla data di pubblicazione del presente provvedimento e del relativo Avviso;

DATO ATTO CHE ai fini della “graduazione” delle istanze, si procederà alla nomina di una Commissione aziendale, intesa come gruppo di lavoro socio-sanitario, che sarà costituita con successivo atto a seguito dell’acquisizione delle istanze;

PRESO ATTO della nota n. 32784 del 27.1.2020 del Dipartimento Lavoro, Formazione e Politiche Sociali e del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria con la quale vengono dettate ulteriori modalità operative per l’erogazione del fondo FNA 2016 agli aventi diritto, e si invitano le Direzioni Generali Aziendali a pubblicare i relativi Bandi Pubblici, garantendo comunque la continuità delle prestazioni, a titolo di acconto salvo conguaglio, comunque fino a concorrenza delle somme disponibili per l’importo residuo al 31.12.2019 per come determinato dagli uffici competenti, qualora, dalle graduatorie, gli stessi risultassero idonei ma non ammissibili al contributo.

Tutto ciò premesso

PROPONE

ALLA COMMISSIONE STRAORDINARIA

La presente narrativa è parte integrante della deliberazione

Di prendere atto del Decreto Dirigenziale n. 17003 del 27.12.2019 del Dipartimento Lavoro, Formazione e Politiche Sociali della Regione Calabria recante “*Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 Fondo per le Non Autosufficienze annualità 2016 – Liquidazione Aziende Sanitarie Provinciali*”, con il quale è stata liquidata a questa ASP l’importo di € 1.626.313,03 quale Fondo per le non Autosufficienze Annualità 2016;

Di prendere atto delle note n. 189144 del 16.5.2019 del Dipartimento 7 Regione Calabria – Lavoro, Formazione e Politiche Sociali; n. 32784 del 27.1.2020 del Dipartimento Lavoro, Formazione e Politiche Sociali e del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria; n. 32719 del 14.5.2019 della Commissione Straordinaria dell’ASP di RC, tutte puntualmente richiamate in premessa;

Di approvare l’Avviso Pubblico, unitamente alla Domanda di Valutazione, per gli interventi socio assistenziali in favore di persone in condizioni di disabilità gravissima, proposto e allegato che diviene parte integrante del presente atto, trasmesso, per la massima divulgazione, ai Distretti Sanitari e ai Comuni Capofila;

Di dare atto che l’istanza con la suddetta documentazione dovrà pervenire entro e non oltre le ore 12,00 del trentesimo giorno successivo alla pubblicazione dell’allegato avviso all’Albo Pretorio Aziendale (per l’invio tramite Racc. AR farà fede il timbro postale di spedizione e per l’invio tramite PEC la data e l’ora di invio);

Di dare atto che i Criteri per la Concessione del Contributo – Disabilità Gravissime sono quelli previsti dal Decreto Interministeriale settembre 2016, anch’esso parte integrante del presente atto;

Di dare atto che il contributo economico è confermato quantificato in euro 600,00 (seicento) mensili e per un anno per ogni istanza ammessa e fino a concorrenza del contributo FNA 2016 e di eventuali residui delle annualità precedenti;

Di trasmettere il presente atto alla Regione Calabria Direttore Generale del Dipartimento n° 7 – Politiche Sociali , ai Comuni Capofila degli Ambiti Territoriali Sociali per l'ulteriore diffusione a tutti i Comuni dei rispettivi ambiti sociali, ai Direttori dei Distretti Sanitari Territoriali che provvederanno a trasmetterlo ai Responsabili dei Poliambulatori Distrettuali, al Direttore DAO che provvederà a trasmetterlo alla Direzione Sanitaria dei Presidi Ospedalieri Territoriali, ai Dipartimenti di Salute Mentale e di Prevenzione, al Direttore dell'Ufficio Economico Finanziario, al Responsabile del sito web istituzionale, all'Ufficio Stampa dell' ASP, all'Ufficio URP dell'ASP e all'Ufficio AA.GG.

Il Direttore del Distretto Area Tirrenica
Dr. SALVATORE BARILLARO

LA COMMISSIONE STRAORDINARIA

Su conforme proposta del Direttore del Distretto Area Tirrenica, il quale ha attestato la legittimità formale e sostanziale della medesima nonché la regolarità tecnica, documentale e procedurale della presente proposta formulata sulla base dell'istruttoria compiuta

D E L I B E R A

Per le motivazioni esposte in premessa e che qui si intendono integralmente ripetute e confermate:

Di prendere atto del Decreto Dirigenziale n. 17003 del 27.12.2019 del Dipartimento Lavoro, Formazione e Politiche Sociali della Regione Calabria recante "Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 Fondo per le Non Autosufficienze annualità 2016 – Liquidazione Aziende Sanitarie Provinciali", con il quale è stata liquidata a questa ASP l'importo di € 1.626.313,03 quale Fondo per le non Autosufficienze Annualità 2016;

Di prendere atto delle note n. 189144 del 16.5.2019 del Dipartimento 7 Regione Calabria – Lavoro, Formazione e Politiche Sociali; n. 32784 del 27.1.2020 del Dipartimento Lavoro, Formazione e Politiche Sociali e del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria; n. 32719 del 14.5.2019 della Commissione Straordinaria dell'ASP di RC, tutte puntualmente richiamate in premessa;

Di approvare l'Avviso Pubblico, unitamente alla Domanda di Valutazione, per gli Interventi socio assistenziali in favore di persone in condizioni di disabilità gravissima, proposto e allegato che diviene parte integrante del presente atto, trasmesso, per la massima divulgazione, ai Distretti Sanitari e ai Comuni Capofila;

Di dare atto che l'istanza con la suddetta documentazione dovrà pervenire entro e non oltre le ore 12,00 del trentesimo giorno successivo alla pubblicazione dell'allegato avviso all'Albo Pretorio Aziendale (per l'invio tramite Racc. AR farà fede il timbro postale di spedizione e per l'invio tramite PEC la data e l'ora di invio);

Di dare atto che il contributo economico è confermato quantificato in euro 600,00 (seicento) mensili e per un anno per ogni istanza ammessa e fino a concorrenza del contributo FNA 2016 e di eventuali residui delle annualità precedenti;

Di dare atto che i Criteri per la Concessione del Contributo – Disabilità Gravissime sono quelli previsti dal Decreto Interministeriale settembre 2016, anch'esso parte integrante del presente atto;

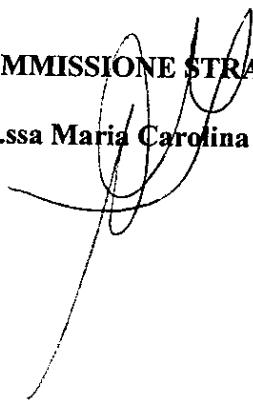
Di trasmettere il presente atto alla Regione Calabria Direttore Generale del Dipartimento n° 7 – Politiche Sociali , ai Comuni Capofila degli Ambiti Territoriali Sociali per l'ulteriore diffusione a tutti i Comuni dei rispettivi ambiti sociali, ai Direttori dei Distretti Sanitari Territoriali che provvederanno a trasmetterlo ai Responsabili dei Poliambulatori Distrettuali, al Direttore DAO che provvederà a trasmetterlo alla Direzione Sanitaria dei Presidi Ospedalieri Territoriali, ai Dipartimenti di Salute Mentale e di Prevenzione, al Direttore dell'Ufficio Economico Finanziario, al Responsabile del sito web istituzionale, all'Ufficio Stampa dell' ASP, all'Ufficio URP dell'ASP e all'Ufficio AA.GG.

LA COMMISSIONE STRAORDINARIA

Dr. Giovanni Meloni

Dr.ssa Maria Carolina Ippolito

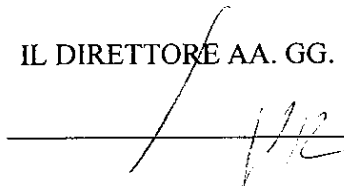
Dr. Domenico Giordano



CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

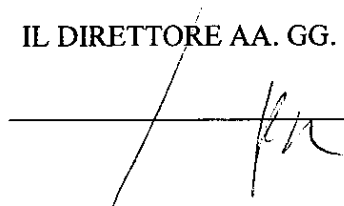
La presente deliberazione è trasmessa al Collegio Sindacale in data 14 FEB. 2020

IL DIRETTORE AA. GG.



La presente deliberazione è stata pubblicata il 14 FEB. 2020

IL DIRETTORE AA. GG.



La presente deliberazione è conforme all'originale per uso amministrativo

IL DIRETTORE AA. GG.

La presente deliberazione è stata trasmessa all'Assessorato alla Sanità (*) in data _____

IL DIRETTORE AA. GG.

(*)Art. 13 L.R. N.11/2004. (Controlli sugli atti delle aziende) 1. Sono soggetti a controllo preventivo della Giunta regionale i seguenti atti delle aziende del servizio sanitario regionale: a) bilancio economico-preventivo, bilancio di esercizio comprensivo del conto consuntivo; b) atto aziendale e piani attuativi comprensivi delle dotazioni organiche e loro variazioni; c) regolamenti di organizzazione. 2. Gli atti indicati nel comma precedente sono trasmessi, entro quindici giorni dall'adozione, al Dipartimento regionale della Sanità, che provvede all'istruttoria necessaria per l'esercizio del controllo. La Giunta regionale esercita il controllo sugli atti di cui al comma precedente entro 60 giorni dalla data di ricezione; decorso inutilmente tale termine gli atti si intendono approvati.

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 suddetto DM, 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 Clinical Dementia 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 Medical Research Council (MRC) (compilare tabella allegato 1E per i pazienti con SLA-SMA 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 Yahr mod (compilare tabella allegato 1E/B per 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 $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (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)

Allegato I A

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
<i>Spontanea</i>	4
<i>Agli stimoli verbali</i>	3
<i>Al dolore</i>	2
<i>Nessuna</i>	1
B - Risposta verbale	
<i>Orientata, appropriata</i>	5
<i>Confusa</i>	4
<i>Parole inappropriate</i>	3
<i>Suoni incomprensibili</i>	2
<i>Nessuna</i>	1
C - Risposta motoria	
<i>Obbedisce al comando</i>	6
<i>Localizza il dolore</i>	5
<i>Retrae al dolore</i>	4
<i>Flette al dolore</i>	3
<i>Estende al dolore</i>	2
<i>Nessuna</i>	1
Punteggio Totale	

Riporta il seguente punteggio ai sensi della scala soprastante:

Criteria 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 _____

- È da considerarsi persona dipendente da ventilazione meccanica assistita invasiva
- 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 _____

Allegato 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 il Signor/a

Nome _____ Cognome _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

C.F. _____

Affetto/a da _____

Riporta il seguente punteggio ai sensi della scala sottostante:

La Clinical Dementia Rating Scale (CDR) estesa

	NORMALE CDR 0	DEMENTIA DUBBIA CDR 0.5	DEMENTIA LIEVE CDR 1	DEMENTIA MODERATA CDR 2	DEMENTIA GRAVE CDR 3
Memoria	Memoria adeguata o smemoranza occasionale	Lieve smemoranza permanente; parziale rievocazione di eventi	Perdita memoria modesta per eventi recenti; interferenza attività quotidiane	Perdita memoria severa: materiale nuovo perso rapidamente	Perdita memoria grave; rimangono alcuni frammenti
Orientamento	Perfettamente orientato		Alcune difficoltà nel tempo; possibile disorientamento topografico	Usualmente disorientamento temporale, spesso spaziale	Orientamento solo personale
Giudizio soluzioni 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 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 I 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)

<input type="checkbox"/>	A = completa	Deficit sensitivo e motorio completo a livello S4 -S5
<input type="checkbox"/>	B = incompleta	Deficit motorio completo con conservazione della sensibilità al di sotto del livello neurologico che include S4 - S5
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	E = normale	Nessun deficit neurologico (non ipovalidità muscolare, sensibilità integra, non disturbi sfinterici ma possibili alterazioni dei riflessi)

Criteria 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.

Criteria 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 4arti 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:

Criteria di applicazione tabella:

- *La scala EDSS (Expanded Disability Status Scale) trova ampio uso come strumento per misurare e valutare le caratteristiche cliniche dei pazienti affetti da sclerosi multipla.*
- *La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2014 è colei che ha gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 ex ART. 3 comma 2 Lett. E, Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.*

La stadiazione va effettuata in condizione di stabilità di malattia e/o in assenza di recidiva.

B) Expanded Disability Status Scale (EDSS)

Punteggio EDSS	Caratteristiche cliniche
1-3,5	Paziente deambulante, ma sono presenti deficit neurologici evidenti in diversi sistemi funzionali (motorio, sensitivo, 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 1/20 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, 2000 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
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> 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.
-----------------------------	---	--

Criteria 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
	Afferramento palmare spontaneo	1
	Utilizza la pinza pollice – indice	2
Vestizione	Vestizione Passiva	0
	Si sforza di dare una qualche collaborazione	1
Locomozione	Stazionario anche su sedia o carrozzina	0
	Si trasferisce nell'ambiente	1
Orientamento spaziale	Non ha orientamento spaziale	0
	Si orienta in ambienti familiari	1
	Si orienta al di fuori del suo ambiente familiare (casa, reparto assistenziale)	2
Prassie	Nessuna prassia, oppure movimenti afinalistici e stereotipati	0
	Realizza prodotti plastici o grafici (incastra, connette, plasma e colora) oppure pilota una carrozzina manualmente	1
	Disegna o pilota una carrozzina elettrica	2
TOTALE PUNTEGGIO		

Criteria 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 Mental Retardation ≤ 8 ex ART. 3 comma 2 Lett. H, Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.

Note:

.....

.....

.....

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____

Allegato 2

Valutazione della condizione di dipendenza vitale (articolo 3, comma 2, lettera 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**

- Necessità 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 _____

AVVISO PUBBLICO
INTERVENTI SOCIO ASSISTENZIALI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONI DI
DISABILITA' GRAVISSIMA

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 dei familiari.

PREMESSA

Vista la Legge n.328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del Sistema integrato di interventi e Servizi Sociali";

Vista la Legge Regionale n. 23/2003 "realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali nella Regione Calabria (in attuazione alla L.N.328/2000)" s.m.i.;

Vista la delibera di Giunta regionale 399 del 28 agosto 2019 recante "variazione al bilancio di previsione, al documento tecnico di accompagnamento e al bilancio gestionale 2019/2021 e annualità successiva – Dipartimento Lavoro, Formazione e Politiche Sociali" con il quale sono stati istituiti i capitoli in relazione all'assegnazione del fondo F.N.A. annualità 2016, nella quale, per la parte che riguarda le "disabilità gravissime" ha destinato il 40% del Fondo alle Aziende Sanitarie per la realizzazione di interventi nel campo delle disabilità gravissime, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) in conformità all'art.3 del Decreto Interministeriale del 14 maggio 2015;

Visto il D.M. del 26 settembre 2016 contenente le schede di valutazione delle Disabilità Gravissime.

Art. 1

Oggetto

L'ASP di Reggio Calabria attiva, nei limiti delle risorse finanziarie provenienti dalla Regione pari ad €. 1.626.313,03, giusto Decreto Dirigenziale n. 17003 del 27.12.2019, interventi in favore di persone in condizioni di disabilità gravissima al fine di supportare il nucleo familiare dell'assistito nella condivisione del carico assistenziale attraverso il trasferimento monetario (contributo di euro 600,00 mensili per un anno alle rispettive famiglie condizionato all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliare o alla fornitura diretta degli stessi da parte dei familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato di assistenza.

L'intervento sarà monitorato sia dall'ASP che dai Comuni di residenza per verificare la reale efficacia e l'effettivo beneficio per la persona disabile e il nucleo familiare.

Art.2

Soggetti destinatari

Gli Utenti destinatari del contributo saranno i cittadini residenti nei comuni afferenti all'ASP di Reggio Calabria in condizione di disabilità gravissima ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica e dipendenza vitale che necessita a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche, 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 garantire l'integrità psico-fisica.

Art. 3

Condizioni di disabilità gravissima

(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)

Possono presentare istanza di accesso ai contributi i cittadini residenti in uno dei comuni afferenti all'ASP di Reggio Calabria beneficiari dell'indennità di accompagnamento in condizione di disabilità gravissima e/o comunque definite non autosufficienti gravissimi 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) ≤ 10 (**compilare tabella allegato 1A**);
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7) (**compilare prospetto allegato 1B**);
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 (**compilare tabella allegato 1C**);
- 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 1D**);
- 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) (**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 1F per i pazienti affetti da Sclerosi Multipla**), o in stadio 5 di Hoehn e Yahrmod (**compilare tabella allegato 1G per paziente affetto da morbo di Parkinson**);
- 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 1H**);
- g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5 (**compilare tabella 1I**);
- h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 8 (**compilare vedi tabella 1L**);
- 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**).

Nel caso in cui alle lettere a) e d) siano determinate da eventi traumatici e l'accertamento dell'invalidità non sia ancora definito ai sensi delle disposizioni vigenti, gli interessati possono, comunque, accedere alla concessione del contributo di cui al presente avviso, nelle more della definizione del processo

di accertamento, e in presenza di una diagnosi medica di patologia o menomazione da parte dello specialista di riferimento pubblico che accompagni il rilievo funzionale e della copia della richiesta all'INPS;

Le suddette condizioni di gravissima non autosufficienza dei soggetti richiedenti destinatari del contributo saranno accertate e valutate a cura dell'UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale) con l'ausilio dei criteri di cui all'art. 3 del Decreto Ministeriale 26 settembre 2016.

Art.4

Presentazione delle istanze

Le domande per poter accedere al contributo dovranno essere presentate utilizzando il modello allegato al presente avviso, secondo una delle seguenti modalità:

1. in busta chiusa a mezzo Raccomandata AR da inviare all'ASP di Reggio Calabria – Affari Generali – Ufficio Protocollo, via Sant'Anna Il Tronco numero 18/D – Palazzo Tibi – 89128 Reggio Calabria, facendo fede il timbro postale, indicando all'esterno della busta “**Avviso Disabilità Gravissime – FNA anno 2016**”;
2. tramite PEC all'indirizzo: affarigenerali.asprc@certificatamail.it, indicando nell'oggetto: “**Avviso Disabilità Gravissime – FNA anno 2016**”;
3. in busta chiusa, a mano, presso i distretti di competenza, e presso il protocollo generale dell'ASP, indicando all'esterno della busta “**Avviso Disabilità Gravissime – FNA anno 2016**”.

Alla domanda dovrà essere allegata, pena l'esclusione, la seguente documentazione:

- Certificazione sanitaria rilasciata da una struttura pubblica attestante la patologia determinante dipendenza vitale e il grado di non autosufficienza/gravità di cui all'art. 3 del Decreto Ministeriale 26 settembre 2016;
- Verbale di riconoscimento dell'invalidità civile al 100% e dell'indennità di accompagnamento;
- Certificazione ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n.104/1992;
- 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 de contributo;
- Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario;
- Copia del Decreto di nomina di tutela, curatela o di amministrazione di sostegno (qualora presente).

L'istanza con la suddetta documentazione dovrà pervenire entro e non oltre le ore 12,00 del trentesimo giorno successivo alla pubblicazione del presente avviso all'Albo Pretorio Aziendale (per l'invio tramite Racc. AR farà fede il timbro postale di spedizione e per l'invio tramite PEC la data e l'ora di invio).

Si specifica che in caso di economie finanziarie si procederà a far scorrere la graduatoria ammettendo gli idonei non finanziati fino a concorrenza delle somme assegnate.

Art 5

Cessazione degli interventi socio-assistenziali

La cessazione del contributo si può verificare nei seguenti casi:

1. Decesso della persona in condizioni di disabilità gravissima;
2. Ricovero in struttura socio-sanitaria o socio-assistenziale dell'assistito;
3. Qualora vengano meno i requisiti di ammissione;
4. Trasferimento fuori regione.

Art. 6

Foro competente

Per tutte le controversie che dovessero insorgere sarà competente il foro di Reggio Calabria.

Art.7

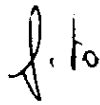
Privacy

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 dei dati personali", e s.m.i., esclusivamente per finalità attinenti alla procedura in essere.

Art. 8

Pubblicazione Avviso

Il presente avviso verrà pubblicato sul sito aziendale dell'ASP e verrà trasmesso a tutti i Distretti per l'affissione presso le sedi degli stessi e a tutti i comuni capofila degli Ambiti Territoriali Sociali.



LA COMMISSIONE STRAORDINARIA

Dr. Giovanni Meloni

Dott.ssa Maria Carolina Ippolito

Dr. Domenico Giordano

Al Distretto Sanitario _____ dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria

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

(Decreto interministeriale 26.9.2016 FNA 2016 Liquidazione Aziende Sanitarie Provinciali – DDGR n. 17003 del 27.12.2019)

Gli Utenti destinatari del contributo saranno i cittadini residenti nei comuni afferenti all'ASP di Reggio Calabria in condizione di disabilità gravissima ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica e dipendenza vitale che necessita a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche, 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 garantire l'integrità psico-fisica.

Anagrafica dichiarante:

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
data di nascita	<input type="text"/>	luogo di nascita	<input type="text"/>
Codice Fiscale	<input type="text"/>	residente a	<input type="text"/>
Via	<input type="text"/>	tel.	<input type="text"/>
Mail	<input type="text"/>	titolo*	<input type="text"/>

*scegliere tra le seguenti opzioni: a) per se stesso; b) familiare/genitore/caregiver o chi esercita la responsabilità, rappresentanza o tutela.

Anagrafica assistito:

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
data di nascita	<input type="text"/>	luogo di nascita	<input type="text"/>
Codice Fiscale	<input type="text"/>	residente a	<input type="text"/>
Via	<input type="text"/>	tel.	<input type="text"/>

CHIEDE

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

Pertanto, ai sensi del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità penali, 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 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 è 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 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 mail

qualora l'istanza venga accettata dalla commissione esaminatrice si chiede di erogare il contributo sul seguente codice IBAN

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 titolare e responsabile del trattamento dei dati presso il Distretto Sanitario competente.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO: Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli artt. 81 e 82 del D.Lgs 196/2003 e s.m.i., presta il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste dagli "interventi in favore di persone affette da disabilità gravissime" della Regione Calabria, ai sensi della DGR n. 638/2018.

Luogo e data

firma del richiedente

Spazio riservato all'Ufficio

Parere UVM

FAVOREVOLE

SFAVOREVOLE

Firma del Responsabile/Referente UVM

Luogo e data