

AVVISO PUBBLICO

Determina n° 10 del 20-04-2017

OGGETTO: FNA 2016. PROGRAMMA ATTUATIVO INTERVENTI E SERVIZI ASSISTENZIALI IN FAVORE DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI E PAZIENTI CON DISABILITA' SEVERA.

Premessa

L'Ambito Territoriale Sociale di Venafro emana il presente Avviso Pubblico in coerenza ed attuazione delle deliberazioni di Giunta Regionale n. 13 del 20 gennaio 2017 "Fondo Nazionale Non autosufficienza 2016. Programma attuativo *"Interventi e Servizi assistenziali in favore delle persone non autosufficienti e pazienti con disabilità severa"*. Approvazione" e n. 68 del 3 marzo 2017 "FNA 2016 – Approvazione Disciplinare per la realizzazione del Programma attuativo *"Interventi e Servizi assistenziali in favore delle persone non autosufficienti e pazienti con disabilità severa"* e la determinazione dirigenziale del Servizio Programmazione delle Politiche sociali del 9 marzo 2017, n. 991 "Disciplinare per la realizzazione del Programma attuativo *"Interventi e Servizi assistenziali in favore delle persone non autosufficienti e pazienti con disabilità severa (DGR 68/2017) correzione refuso"*, conformemente al contenuto del Decreto interministeriale del 26 settembre 2016 con cui il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e il Ministero degli Affari regionali e le autonomie che ha ripartito tra le Regioni le risorse del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (FNA) per l'anno 2016.

Art. 1 Durata

Il Programma ha la durata mesi 12, decorrenti dall'approvazione delle graduatorie dei beneficiari di cui alle lett. A) e B) e C). Sono fatti salvi eventuali effetti retroattivi, a decorrere dall'01/06/2017, data di attivazione del Programma ministeriale, in relazione ai tempi tecnici della procedura.

Art. 2 Finalità

Il Programma è finalizzato ad assicurare:

- a persone (adulti e minori), in condizione di disabilità gravissima, un sistema assistenziale domiciliare;
- a minori con grave disabilità, percorsi di studio e formativi finalizzati all'acquisizione di maggiori livelli di autonomia;
- ai soggetti in condizione di disabilità grave, che hanno terminato il percorso scolastico, attraverso la frequenza di Centri Socio Educativi autorizzati a ciclo diurno, l'inclusione sociale e l'apprendimento di nuove competenze

Art. 3 Destinatari

I destinatari del Programma sono:

- A) Adulti e minori residenti in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale di Venafro, in condizioni di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere socio-sanitario nelle 24 ore, 7 giorni su 7, per bisogni assistenziali complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche.**

Rientrano in tale categorie le persone che beneficiano dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18 e per le quali si sia verificata una delle seguenti condizioni previste dalla lettera a) alla lettera i) dell'art 3 co. 2 del D.M. 26/09/2016 di seguito riportati:

- 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 ;
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 ;
- d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
- e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;
- f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;
- g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- 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 ;
- 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.

B) Minori con grave disabilità, ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge 104/'92, impegnati in percorsi di studio e formativi per la frequenza di corsi finalizzati all'acquisizione di maggiori livelli di autonomia;

C) Centri Socio Educativi a ciclo diurno, regolarmente autorizzati/accreditati, per la realizzazione di attività sperimentali rivolte a soggetti con grave disabilità, che hanno terminato il percorso scolastico, finalizzate al mantenimento delle capacità residue e all'acquisizione di maggiori livelli di autonomia.

Art. 4 Azioni di supporto alla persona in condizioni di disabilità gravissima ed alla sua famiglia

Il beneficiario e, se impossibilitato, per il tramite del *care giver*, **dovrà esprimere una sola preferenza riguardo all'intervento che ritiene maggiormente confacente** alle proprie esigenze, tra quelli di seguito elencati:

Per i pazienti di cui alla lettera A

1. Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) garantito dall'Ambito attraverso la cooperativa aggiudicataria del servizio oppure attraverso *voucher* (per i soli Ambiti che ne hanno previsto

l'utilizzo) da un minimo di 8h ad un max di 14h settimanali per 52 settimane sulla base del piano personalizzato;

2. **contributo economico per il care giver** nell'importo di € 400,00 mensili. Questo intervento verrà concesso in assenza della fruizione di prestazioni domiciliari rese nell'ambito dei servizi di assistenza domiciliare comunale (SAD) e/o garantite nell'ambito dell'assistenza tutelare e del SAD disabili erogato dagli ATS (non concorrono le ore assicurate dal progetto Home care Premium). Nel caso più componenti della stessa famiglia siano ammessi al Programma può essere individuato un solo *care giver* a cui sarà riconosciuto il contributo di 400,00 euro per un paziente e nella misura del 50% per gli altri.

A tale azione verrà destinata solo il 40% delle risorse assegnate all'Ambito Territoriale Sociale di Venafro, alla voce "*assistenza domiciliare voucher e sostegno care giver*", di cui potranno beneficiare i pazienti valutati in condizione di maggiore severità, scaturente dal punteggio della SVAMA semplificata e, in caso di parità di quest'ultima dall'ulteriore punteggio della tabella di valutazione integrativa in allegato.

Coloro che pur avendo optato per tale intervento non rientrano tra quelli che possono fruirne sono inseriti d'Ufficio tra i richiedenti l'azione di cui al punto 1);

3. **ricoveri di sollievo** in strutture regionali sociosanitarie o assistenziali, attrezzate a garantire le cure necessarie (nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare) con l'onere della quota sociale fino ad un max di € 38,00 al giorno, per un periodo continuativo nel corso dell'anno di 15 giorni;

4. **Azioni di supporto** individuate nel progetto personalizzato (es. trasporto, acquisto di ausili o presidi, non previsti dal nomenclatore sanitario). L'acquisto di ausili o presidi, preventivamente autorizzati, può essere rimborsato fino all'importo max rimborsabile di € 3.000,00 (IVA inclusa).

N.B. L'eventuale spesa di importo maggiore di quanto consentito sarà a carico dell'assistito.

Per le persone affette da SLA già inserite nei precedenti interventi regionali non sarà necessario produrre una nuova istanza e saranno assistiti sulla base dei criteri definiti in corso di realizzazione degli stessi. I nuovi casi dovranno inoltrare domanda anche successivamente alla scadenza dei termini previsti per il presente Avviso ed esclusivamente per il contributo al *care giver* secondo le modalità stabilite nel corso della realizzazione del precedente programma di cui alla deliberazione di G.R. n. 7 del 9 gennaio 2012.

Per i pazienti di cui alla lettera B

Il costo sostenuto per la realizzazione di percorsi di studio per interventi funzionali all'acquisizione delle autonomie personali e/o sociali, orientamento e mobilità e per l'apprendimento di capacità necessarie a favorire l'autonomia comunicativa/relazionale **in favore di minori affetti con grave disabilità**, può essere rimborsato fino all'importo massimo di € 8.000,00 (IVA inclusa). L'eventuale spesa di importo maggiore di quanto consentito sarà a carico dell'assistito. Il corso deve essere svolto entro l'anno di realizzazione del Programma, che decorre dall'approvazione della graduatoria e della concessione del beneficio.

I Centri Socio Educativi

I soggetti gestori dei Centri Socio Educativi autorizzati e/o accreditati (se pubblici, di concerto con l'Ambito) devono presentare progetti che contemplino azioni a carattere innovativo rispetto alle attività svolte ordinariamente tese al perseguimento di maggiori livelli di autonomia delle **persone, con disabilità grave che abbiano terminato il percorso scolastico**.

A seguito di concessione del finanziamento richiesto per le attività innovative dei Centri, si dovrà procedere alla sottoscrizione di apposita convenzione con l'ATS.

Art. 5 Modalità di presentazione della domanda

L'istanza di ammissione al Programma deve essere redatta utilizzando esclusivamente gli **appositi modelli (rispettivamente per la lettera A e per la lettera B)** allegati al presente Avviso Pubblico, avendo cura di produrre unitamente la certificazione richiesta.

Tali modelli saranno disponibili presso gli Uffici di Cittadinanza dei Comuni facenti parte dell'Ambito Territoriale Sociale di Venafro, nonché scaricabili dal sito istituzionale del Comune capofila www.comune.venafro.is.it

La domanda dovrà essere inviata all'ATS di Venafro all'indirizzo: "Ufficio di Piano – Viale San Nicandro, 1" nelle seguenti modalità:

- inoltrata a mezzo raccomandata A/R (non farà fede il timbro postale, ma la data di ricevimento);
- consegnata a mano;
- inoltrata a mezzo la PEC dell'Ambito udp@ambitoterritorialesocialevenafro.it;

entro e non oltre le ore 12,00 del 10 maggio 2017 (20° giorno dalla pubblicazione dell'Avviso sul sito dell'ATS);

**Alla domanda dovranno essere allegati a pena di esclusione:
per i pazienti di cui alla lett. A):**

- **copia documento d'identità** in corso di validità del paziente e del suo *care giver*;
- **copia del Verbale della Commissione medica** di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 18 dell'11/02/1980;
- **Scala di valutazione per coloro che rientrano in una delle patologie di cui alle lettere: a), c), d) e) ed h)**, tutte debitamente firmate, datate (la cui data non potrà essere antecedente a mesi 6 dalla pubblicazione del presente avviso) e con l'apposizione del timbro del medico certificatore.

Dette scale, i cui modelli sono allegati al presente Avviso, dovranno essere compilate dal Medico di Medicina Generale sulla base della documentazione specialistica in possesso del paziente ovvero dal Medico specialista del SSN (operante presso struttura pubblica o accreditata);

- **Certificazione per coloro che rientrano in una delle patologie di cui alle lettere: b), f), g) ed i) attestante la gravità della patologia di appartenenza. Per la patologia di cui alla lett. i) la valutazione dovrà** tenere conto dei Domini indicati nell'allegato 2 al Decreto interministeriale del 26 settembre 2016; dette certificazioni dovranno essere effettuate dal MMG con specifica attestazione di aver preso visione di tutta la documentazione sanitaria specialistica in possesso del paziente.

per i pazienti di cui alla lett. B)

- Copia documento d'identità in corso di validità del richiedente;
- Copia certificato di disabilità grave, art. 3 comma 3 della L. 104/'92;
- progetto datato e sottoscritto dalla cooperativa o dal professionista che ha redatto il progetto per l'acquisizione dell'autonomia.

Art. 6 Irricevibilità ed inammissibilità delle domande

Le domande presentate ai sensi del presente Avviso saranno sottoposte, in via preliminare, alla verifica delle condizioni di ricevibilità e di ammissibilità per la successiva valutazione.

Sono considerate irricevibili le domande:

- a) pervenute o consegnate a mano precedentemente oppure oltre il termine di scadenza fissato nel presente Avviso;
- b) presentate su modulistica diversa da quella allegata;
- c) presentate secondo modalità diverse da quelle indicate all'art. 5 (es. a mezzo fax);
- d) prive della sottoscrizione a cura del beneficiario o di chi ne fa le veci oppure presentate da un cittadino residente in un altro Ambito Territoriale;

Sono considerate inammissibili le domande incomplete:

L'incompletezza della domanda può riferirsi:

- a) alla dichiarazione, nel caso di **caselle non barrate** che possono riguardare: le dichiarazioni in autocertificazione, il tipo di intervento richiesto, la indicazione della patologia per la quale si partecipa;
- b) alla certificazione sanitaria: compilazione di scale non conformi al bando regionale o non compilate con esattezza, secondo quanto indicato all'art. 5.

Art. 7 Istruttoria e procedura di valutazione (Lett. A)

Al termine delle verifiche di irricevibilità e inammissibilità delle domande pervenute, si procederà nel seguente modo:

1. l'Ambito Territoriale Sociale convoca la Commissione di riferimento di cui al successivo art. 9, la quale:
 - prende atto dell'istruttoria compiuta dagli uffici dell'ATS circa le istanze irricevibili e inammissibili;
 - stabilisce quali, tra i pazienti che hanno inoltrato istanza, necessitano di visita domiciliare (tenuto conto anche del fatto che siano già in carico o meno ai servizi, come meglio precisato nel prosieguo);
2. al termine delle visite domiciliari verrà redatta la SVAMA rispettivamente per la parte sociale dalle assistenti sociali dell'Ambito e per la parte sanitaria dai medici dell'ASReM;
3. il Servizio Sociale dell'Ambito, attiverà l'UVM (Unità di Valutazione Multidisciplinare) competente per territorio, la quale, sulla base delle rilevazioni cliniche e sociali contenute nella SVAMA provvederà a compilare la SVAMA SEMPLIFICATA, utilizzando il **modello allegato**;
4. unitamente alla compilazione della SVAMA SEMPLIFICATA, l'UVM procederà a redigere la **tabella di integrazione valutativa** allegata al presente Avviso, al fine di differenziare ulteriormente, a parità di punteggio della SVAMA SEMPLIFICATA, i pazienti "*disabili gravissimi*" all'interno del Programma in parola, in funzione dell'intensità assistenziale, dando ovviamente priorità, ai fini della formazione della graduatoria dei beneficiari, in caso di identica classificazione come SVAMA SEMPLIFICATA, a quelli che presentano condizioni patologiche che richiedano maggiore intensità assistenziale. Detta tabella di integrazione valutativa è stata rielaborata sulla base dei domini indicati nell'Allegato 2 art. 3 comma 2 lett. i del Decreto interministeriale del 26 settembre 2016.

Si precisa, inoltre, che le visite domiciliari propedeutiche alla convocazione dell'UVM potranno non essere effettuate per i pazienti già inseriti nel Programma precedente (FNA 2015) e sempre che la valutazione di essi non sia antecedente di 6 mesi rispetto alla data di pubblicazione del presente Avviso e la loro condizione di gravità estrema non sia suscettibile di miglioramento o di aggravamento ed essi sono già in carico ai servizi distrettuali.

Art. 8 Criteri per la valutazione dei progetti

La Commissione per la valutazione dei progetti di cui alla lett. B) dovrà attenersi ai seguenti criteri:

- strutturazione del percorso di realizzazione;
- integrazione con le attività già svolte dal minore;
- valutazione specialistica del metodo utilizzato nel progetto ed appropriatezza riguardo alle problematiche del minore;
- coinvolgimento dei genitori, degli insegnanti, dei pediatri e/o medici specialisti;
- professionalità certificata del formatore nella specifica attività;
- corrispondenza tra il costo, l'attività prevista ed i professionisti impegnati;
- continuità con percorsi formativi già frequentati dal minore.

Il punteggio per ogni voce è compreso tra 0 e 5:

0 inadeguato; 1 scarso, 2 sufficiente; 3 discreto; 4 buono; 5 ottimo.

La Commissione per la valutazione dei progetti di cui alla lett. C) dovrà attenersi ai seguenti criteri:

- strutturazione del percorso di realizzazione;
- utilizzo di un metodo per l'acquisizione di competenze necessarie all'educazione all'autonomia personale e per il consolidamento delle capacità già possedute dai pazienti;
- utilizzo di metodologie per lo sviluppo di competenze per linguistiche, logico operative, motorie, manuali;
- previsione di attività utili all'inserimento nel contesto territoriale, all'apprendimento di competenze per la fruizione di strutture e servizi, all'inserimento degli utenti in iniziative a carattere culturale, sportivo di tempo libero organizzate nel territorio;
- formulazione di programmi individualizzati predisposti in collaborazione con i servizi territoriali competenti con obiettivi a breve, medio e lungo termine per ognuno dei pazienti inseriti nel gruppo impegnato nella realizzazione del progetto;
- coinvolgimento delle famiglie nella formulazione dei programmi individualizzati e nella verifica dei risultati progettuali;

Il punteggio per ogni voce è compreso tra 0 e 5:

0 inadeguato; 1 scarso, 2 sufficiente; 3 discreto; 4 buono; 5 ottimo.

Art. 9 Compiti specifici della Commissione di riferimento

Al termine della scadenza del presente Avviso, l'ATS, con provvedimento dirigenziale nomina la Commissione di riferimento così composta: dal Direttore e/o Coordinatore ATS, da un'Assistente sociale dell'ATS, dal direttore del Distretto Sanitario, da un medico dell'UVM distrettuale.

Per le domande rientranti nella lett. A),

la Commissione:

- prende atto del numero di istanze pervenute;
- prende atto delle istanze irricevibili e quelle inammissibili;
- stabilisce quali, tra i pazienti che hanno inoltrato istanza, necessitano di visita domiciliare (socio-sanitaria), alla luce di quanto precisato all'articolo 7;
- al termine delle valutazioni, effettuate nelle modalità di cui all'art. 7, redige la graduatoria e ripartisce le risorse assegnate dalla Regione sulle relative voci di costo.

Per le domande rientranti nella lett. B),

la Commissione:

- prende atto del numero di istanze pervenute;
- verifica le istanze irricevibili e quelle inammissibili;
- valuta i progetti allegati alla domanda sulla base dei criteri fissati all'art. 8;

- redige la graduatoria e ripartisce le risorse assegnate dalla Regione su tale voce di costo;

Per le domande rientranti nella lett. C),

la Commissione:

- prende atto del numero di istanze pervenute;
- verifica le istanze irricevibili e quelle inammissibili;
- valuta i progetti allegati alla domanda sulla base dei criteri fissati all'art. 8;
- redige la graduatoria e ripartisce le risorse assegnate dalla Regione su tale voce di costo.

N.B. L'ammissione dei richiedenti aventi titolo ai benefici assistenziali previsti dal Programma, avverrà fino alla concorrenza massima delle risorse disponibili.

Art. 10 Liquidazione

In seguito all'approvazione da parte della competente Commissione, di cui all'art. 9, e solo dopo l'erogazione delle somme da parte della Regione Molise, l'ATS:

- Per i pazienti di cui alla lettera A e persone affette da SLA, provvederà alla liquidazione con cadenza trimestrale in favore del beneficiario o della cooperativa sociale (se trattasi di SAD);
- Per i pazienti di cui alla lettera B, provvederà a liquidare alla famiglia beneficiaria, a titolo di anticipazione, l'80% del costo del corso ed il 20% a saldo solo dopo aver acquisito la documentazione economica probante della spesa sostenuta per l'intero corso ed una dettagliata relazione sull'attività svolta ed i benefici raggiunti.
- Per i ricoveri di sollievo l'80% del costo riconosciuto verrà liquidato a titolo di anticipazione ed il 20% a saldo previa acquisizione della documentazione comprovante la spesa sostenuta;
- Per le azioni quali il trasporto, l'acquisto ausili non previsti dal nomenclatore sanitario il costo viene liquidato a saldo previa acquisizione della documentazione comprovante la spesa sostenuta.

Art. 11 Rinvio

Per tutto quanto non espressamente previsto nel presente Avviso si rinvia a quanto disciplinato nel Programma attuativo "per le persone in condizione di disabilità gravissime residenti nella Regione Molise" approvato con le deliberazioni di G.R. n. 13 del 20 gennaio 2017 e n. 163/201e ed alla successiva delibera n. 270/2016 e n. 68 del 3 marzo 2017.

Art. 12 Trattamento dati

I dati personali, conferiti ai fini della partecipazione al presente Avviso, saranno raccolti e trattati nell'ambito del relativo procedimento amministrativo, nel rispetto del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e s.m. i.

Art. 13 Informazioni

Sarà possibile rivolgersi per qualsiasi informazione alla Segreteria dell'Ambito sita a Venafro al primo piano di viale San Nicandro n.1 oppure contattare i seguenti recapiti telefonici 0865 - 9061

Gli orari di ricevimento sono:

giorni Lunedì – Venerdì dalle 9.00 alle 13.00

Lunedì e Giovedì dalle 15.00 alle 18.00

Data 20-04-2017

F.to Antonio Melone

ALLEGATI:

Per gli Utenti

- Modello di domanda lettera A);
- Modello di domanda lettera B);
- Modello di domanda persone affette da SLA.

Per il Medico di Medicina Generale e/o il Medico Specialista

- Modello scala Glasgow Coma Scale (GCS);
- Modello scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)
- Modello scala ASIA Impairment Scale (AIS)
- Modello scala Medical Research Council (MRC);
- Modello scala Expanded Disability Status Scale (EDSS);
- Modello scala di Hoehn e Yahr mod;
- Modello scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER);
- **certificazione di valutazione** condizione patologica di cui alla **lettera i)**;

Per l'Unità di Valutazione Multidimensionale

- Modello SVAMA SOCIO SANITARIA;
- Modello SVAMA SEMPLIFICATA;
- TABELLA DI INTEGRAZIONE VALUTATIVA di cui al punto 4 dell'articolo 7 del presente Avviso.

Venafro lì, 20-04-2017

F.to Antonio Melone

MODELLO LETTERA "A"

All'Ambito Territoriale Sociale di
Venafro

DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA ATTUATIVO FNA 2016

*"Interventi e servizi assistenziali in favore delle persone non autosufficienti
e pazienti con disabilità severa"*

Deliberazioni di G.R. n. 13 del 20/01/2017 e n. 68 del 03/03/2017

Il /la sottoscritto/a cognome _____ nome _____ nato/a _____
prov. ___ il ___/___/___ residente a _____ via _____ n. _____
c.f. _____ tel. _____ cell. _____

CHIEDE in qualità di:

Beneficiario diretto

oppure:

(barrare la voce che ricorre)

Familiare (*care giver*)

Tutore

Curatore

Amministratore di sostegno

di _____ nato/a _____ prov. ___ il ___/___/___
cognome nome
residente a _____ via _____ n. ___
c.f. _____ tel. _____ cell. _____

di essere ammesso al Programma Attuativo FNA 2016 *"Interventi e servizi assistenziali in favore delle persone non autosufficienti e pazienti con disabilità severa"*

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

1) Che il sig./sig.ra _____, titolare di indennità di accompagnamento (Legge n. 18/1980), si trova in condizioni di **non autosufficienza o disabilità severa** rientrante in una delle seguenti patologie:

(a pena di esclusione: barrare una sola casella)

- a. persona in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10 ;
- b. persona dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c. persona con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 ;
- d. persona con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;

- e. persona con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;
 - f. 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;
 - g. persona con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
 - h. persona 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 ;
 - i. persona in condizione di dipendenza vitale che necessita di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche, valutate secondo l'all. 2 del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016;
- 2) che il nucleo familiare del beneficiario è così composto:

N.	Cognome e Nome	Data di nascita	Grado di parentela
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

3) di usufruire di altre prestazioni socio-assistenziali e/o sanitarie quali:

- SAD disabili n. ore ___ settimanali
- SAD anziani n.ore ___ settimanali
- Assistenza Tutelare di Base n.ore___ settimanali
- Assistenza Infermieristica
- Home Care Premium (N:B: la misura è compatibile con quelle previste dal Programma regionale FNA 2016) n. ore ___ mensili/contributo mensile € _____.

All'uopo richiede

(a pena di esclusione, barrare una sola casella)

- servizio di assistenza domiciliare (SAD) garantito attraverso cooperativa incaricata dall'Ambito o mediante *voucher* (per un numero di ore variabili da un minimo di 8 ad un max di 14 settimanali per 52 settimane);
- contributo economico per il *care giver* nell'importo di € 400,00 mensili (coloro che, pure avendo optato per tale intervento, non rientrano tra quelli che possono fruirne, sono inseriti d'ufficio tra i richiedenti l'azione di cui al punto precedente);
- rimborso quota sociale (€ 38,00 al giorno) per ricovero di sollievo (massimo gg. 15) presso una struttura regionale sociosanitaria o assistenziale, individuata dai familiari;

azioni di supporto individuale (acquisto ausili non presidi non previsti dal nomenclatore sanitario, trasporto, ecc...) il cui costo preventivamente autorizzato può essere rimborsato fino ad un max di € 3.000,00 Iva inclusa a 4%;

DICHIARA ALTRESI'

- a) di impegnarsi, a seguito di inserimento nel Programma Attuativo, a dare tempestiva comunicazione all'Ambito Territoriale Sociale di Venafro, c/o Comune di Venafro, Viale San Nicandro n.1 , di eventuali ricoveri, superiori a gg. 30 consecutivi, in strutture ospedaliere, extra ospedaliere o socio-sanitarie, assistenziali o riabilitative;
- b) di essere a conoscenza che l'ATS di Venafro, per il tramite dell'Ufficio di Piano, ai sensi dell'art. 71 DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà la decadenza dal beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti;
- c) di essere a conoscenza che l'ATS di Venafro., per il tramite dell'Ufficio di Piano e/o dell'assistente sociale che ha in carico il caso, si riserva di chiedere in qualsiasi momento integrazioni alla presente domanda.

Modalità di erogazione del contributo spettanti nel caso di accoglimento della domanda:

accredito in c/c intestato a proprio nome _____

indicare eventuale cointestatario _____

bancario IBAN _____

postale IBAN _____

SI ALLEGANO (a pena di esclusione)

- **copia documento d'identità** in corso di validità del paziente e del suo *care giver*;
- **copia del Verbale della Commissione medica** di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 18 dell'11/02/1980;
- **Scala di valutazione** (per coloro che rientrano in una delle patologie di cui alle lettere: a), c), d), e) e h) debitamente firmata, datata (la cui data non potrà essere antecedente a mesi 6 dalla pubblicazione del presente avviso) e con l'apposizione del timbro del medico certificatore.
Dette scale, i cui modelli sono allegati al presente Avviso, dovranno essere compilate dal Medico di Medicina Generale sulla base della documentazione specialistica in possesso del paziente ovvero dal Medico specialista del SSN (operante presso struttura pubblica o accreditata) ;
- **Certificazione** (per coloro che rientrano in una delle patologie di cui alle lettere: b), f), g), ed i)) attestante la gravità della patologia di appartenenza, in particolare per la lettera i) la valutazione dovrà essere effettuata sulla base dei Domini indicati nell'allegato 2 al Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016, compilata dal MMG con specifica attestazione di aver preso visione di tutta la documentazione sanitaria specialistica in possesso del paziente.

Luogo e data _____

Firma del richiedente _____

Informativa ai sensi dell'ART. 13 D. LGS. 196/2003

1. Finalità del trattamento

Il trattamento dei dati personali da parte dell'Ambito Territoriale Sociale di Venafro (di seguito ATS), del Distretto Sanitario di Venafro e della Regione Molise è finalizzato unicamente alla corretta completa formazione della verifica dei requisiti, con l'osservanza delle disposizioni di legge di cui al Programma Attuativo "Interventi e servizi assistenziali in favore delle persone non autosufficienti e pazienti con disabilità severa".

2. Modalità di trattamento

Il trattamento è realizzato per mezzo delle operazioni o complesso di operazioni indicate nell' art.4 lett. A T.U. sulla privacy; il trattamento è svolto dal titolare e/o dagli incaricati del trattamento.

3. Conferimento dei dati

Il conferimento dei dati personali comuni, sensibili e giudiziari è strettamente necessario ai fini dello svolgimento delle attività di cui al punto 1. L'eventuale rifiuto di conferire i dati comporta l'esclusione dal concorso al Programma Attuativo in parola e l'impossibilità di partecipare alla manifestazione.

4. Comunicazione dei dati

I dati personali possono essere comunicati solo all'interno dei Comuni facenti parte dell'A.T.S. o da altri Enti coinvolti per le medesime finalità. I dati personali non sono soggetti a diffusione se non nei limiti di quanto previsto al precedente punto 1. I dati personali potranno inoltre essere comunicati al fine di adempiere obblighi di legge ovvero per rispondere a richieste da parte di forze dell'ordine, autorità amministrativa e giudiziaria sia dello Stato Italiano sia dello Stato di provenienza dell'interessato.

5. Diritti dell'interessato

In relazione al presente trattamento di dati personali, ai sensi dell'art. 7 del Codice: l'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile; l'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione: dell'origine dei dati personali; delle finalità e modalità del trattamento; della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2; dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

6. Il titolare responsabile del trattamento:

Titolare del trattamento dati personali è l'Ufficio di Piano dell'ATS di Venafro (IS), nella persona del Coordinatore e, viale san Nicandro, 1 , 86100 Venafro.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa di cui sopra ed ai sensi della disciplina normativa in materia di trattamento dei dati personali.

acconsento

non acconsento

al trattamento per le finalità descritte al punto 1 dell'informativa,
alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 4 dell'informativa.

Nome e cognome del richiedente _____
(firma leggibile)

redazione di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che contempli aspetti sociali e sanitari.

b) che il suo nucleo familiare è così composto:

N.	Cognome e Nome	Data di nascita	Codice Fiscale	Grado di parentela
1				
2				
3				
4				
5				
6				

All'uopo richiede:

- Contributo economico**, nella misura massima di € 8000,00 (Iva % inclusa), per minori riconosciuti ai sensi dell'art.3, comma 3 L. 104/92, impiegati in percorsi di studio per interventi funzionali all'acquisizione di autonomie personali e/o sociali, orientamento e mobilità e per l'apprendimento di capacità necessarie a favorire l'autonomia comunicativa-relazionale. L'eventuale spesa di importo maggiore a quanto consentito sarà a carico dell'assistito. Il corso deve essere svolto entro l'anno di realizzazione del Programma, che decorre dall'approvazione della graduatoria e della concessione del beneficio.

DICHIARA ALTRESI'

- a) a svolgere l'attività per la quale riceve il contributo entro l'anno di realizzazione del Programma;
- b) di essere a conoscenza che l'ATS di Venafro, per il tramite dell'Ufficio di Piano, ai sensi dell'art. 71 DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà la decadenza dal beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti;
- c) di essere a conoscenza che l'ATS di Venafro, per il tramite dell'Ufficio di Piano e/o dell'assistente sociale che ha in carico il caso, si riserva di chiedere in qualsiasi momento integrazioni alla presente domanda.

Nel caso di accoglimento della domanda il sottoscritto sceglie la seguente modalità di erogazione delle somme di propria spettanza:

accredito in c/c intestato a proprio nome _____

indicare eventuale cointestatario _____

bancario IBAN _____

postale IBAN _____

SI ALLEGANO

a pena di esclusione

- copia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente;
- copia di Certificazione di disabilità ai sensi della Legge 104/92, art. 3, comma 3;
- progetto datato e sottoscritto dalla cooperativa o dal professionista che ha redatto il progetto per l'acquisizione dell'autonomia.

Luogo e data

Firma del richiedente

Scale per la valutazione della condizione di disabilità gravissima
(Articolo 3, comma 2)

SCALA GLASGOW

GLASGOW Coma Scale (Articolo 3, comma 2, lettera a)

Teasdale G, Jennett B. (1974). "Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale.". Lancet 13 (2): 81-4

Apertura occhi	Spontanea	4
	Agli stimoli verbali	3
	Solo al dolore	2
	Nessuna risposta	1
Risposta verbale	Orientata appropriata	5
	Confusa	4
	Con parole inappropriate	3
	Con parole incomprensibili	2
	Nessuna risposta	1
Risposta Motoria	Obbedisce al comando	6
	Localizza gli stimoli dolorosi	5
	Si ritrae in risposta al dolore	4
	Flette gli arti superiori in risposta al dolore	3
	Estende gli arti superiori in risposta al dolore	2
	Nessuna risposta	1

SCALA CDR

Clinical Dementia Rating Scale (CDR) estesa (*Articolo 3, comma 2, lettera c*)

Hughes, C. P., Berg, L., Danziger, W. L., et al (1982) A new clinical scale for the staging of dementia. British Journal of Psychiatry, 140, 566 -572

	NORMALE	DEMENZA DUBBIA	DEMENZA LIEVE	DEMENZA MODERATA	DEMENZA GRAVE
	CDR 0	CDR 0.5	CDR 1	CDR 2	CDR 3
Memoria	Memoria adeguata o smemorata occasionale	Lieve smemorata 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 soluzione 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.

Clinical Dementia 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.

SCALA ASIA

ASIA Impairment Scale (AIS) (*Articolo 3, comma 2, lettera d*)

www.asia-spinalinjury.org/elearning/ASIA_ISCOS_high.pdf

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)

SCALA MRC

Bilancio muscolare complessivo alla scala *Medical Research Council* (MRC)

(Articolo 3, comma 2, lettera e)

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;

SCALA EDSS

Expanded Disability Status Scale (EDSS) (*Articolo 3, comma2, lettera e*)

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 sedia 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 sedia.
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.

SCALA HOEHN E YAHR

Scala di Hoehn e Yahr (*Articolo 3, comma2, lettera e*)

La scala di Hoehn e Yahr è utile per definire lo stadio clinico del paziente affetto da morbo di Parkinson:

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.

SCALA LAPMER

LAPMER-Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (*Articolo 3, comma2, lettera b*) *Versione originale italiana: Tesio L. Journal of Applied Measurement 2002;3,1: 50-84*

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 traferisce nell'ambiente	1
Orientamento	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 a finalistici 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

**Criteria di valutazione per le patologie di cui al punto i) della lett. A)
(Altre persone in condizione di dipendenza vitale)**

1. Le persone con disabilità gravissima, in condizioni di dipendenza vitale, oltre a quelle identificate dall'articolo 3, comma 2, lettere a)-h), sono individuate mediante la valutazione del livello di compromissione della funzionalità, indipendentemente dal tipo di patologia e/o menomazione, attraverso la rilevazione dei seguenti domini:
motricità;
 - a) stato di coscienza;
 - b) respirazione;
 - c) nutrizione.
2. Le compromissioni rilevate ai fini della identificazione delle persone in condizione di dipendenza vitale sono le seguenti:
 - a) motricità:
dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana (ADL): l'attività è svolta completamente da un'altra persona
 - b) stato di coscienza:
compromissione severa: raramente/mai prende decisioni
persona non cosciente
 - c) respirazione
necessità di aspirazione quotidiana
presenza di tracheostomia
 - d) 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)
3. Si intendono in condizioni di dipendenza vitale le persone che hanno compromissioni di cui al comma 3 del presente Allegato in almeno uno dei domini di cui alla lettere a) e b) del comma 1 ed in almeno uno dei domini di cui alle lettere c) e d) del medesimo comma 1.

MODELLO PER PERSONE AFFETTE DA SLA

All'Ambito Territoriale Sociale di

DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA ATTUATIVO FNA 2016

*“Interventi e servizi assistenziali in favore delle persone non autosufficienti
e pazienti con disabilità severa”*

Deliberazioni di G.R. n. 13 del 20/01/2017 e n. 68 del 03/03/2017

Il /la sottoscritto/a cognome _____ nome _____ nato/a _____
prov. ___ il ___/___/___ residente a _____ via _____ n. _____
c.f. _____ tel. _____ cell. _____

CHIEDE in qualità di:

Beneficiario diretto

oppure:

(barrare la voce che ricorre)

Familiare (*care giver*)

Tutore

Curatore

Amministratore di sostegno

di _____ nato/a _____ prov. _____ il ___/___/___
cognome nome
residente a _____ via _____ n. _____
c.f. _____ tel. _____ cell. _____

di essere ammesso al Programma Attuativo FNA 2016 *“Interventi e servizi assistenziali in favore delle persone non autosufficienti e pazienti con disabilità severa”*

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

1) che il soggetto _____ è affetto da SLA, come da certificato specialistico allegato

2) che il nucleo familiare del beneficiario è così composto:

N.	Cognome e Nome	Data di nascita	Grado di parentela
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

3) di usufruire di altre prestazioni socio-assistenziali e/o sanitarie quali:

SAD disabili n. ore ____ settimanali

SAD anziani n.ore ____ settimanali

Assistenza Tutelare di Base n.ore____ settimanali

Assistenza Infermieristica

Home Care Premium n. ore ____ mensili/contributo mensile € _____.

ALL'UOPO RICHIEDE

contributo economico per il *care giver*

(da quantificare sulla base dell'impegno assistenziale correlato alla severità delle condizioni patologiche, secondo le modalità stabilite nel corso della realizzazione del precedente programma di cui alla deliberazione di Giunta Regionale del 09/01/2012 n.7).

DICHIARA ALTRESI'

- a) di impegnarsi, a seguito di inserimento nel Programma Attuativo, a dare tempestiva comunicazione all'Ambito Territoriale Sociale di Venafro, di eventuali ricoveri, superiori a gg. 30 consecutivi, in strutture ospedaliere, extra ospedaliere o socio-sanitarie, assistenziali o riabilitative;
- b) di essere a conoscenza che l'ATS di Venafro, per il tramite dell'Ufficio di Piano, ai sensi dell'art. 71 DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà la decadenza dal beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti;
- c) di essere a conoscenza che l'ATS di Venafro per il tramite dell'Ufficio di Piano e/o dell'assistente sociale che ha in carico il caso, si riserva di chiedere in qualsiasi momento integrazioni alla presente domanda.

Modalità di erogazione del contributo spettanti nel caso di accoglimento della domanda:

accredito in c/c intestato a proprio nome _____

indicare eventuale cointestatario _____

bancario IBAN _____

postale IBAN _____

SI ALLEGANO (a pena di esclusione)

- **copia documento d'identità** in corso di validità del paziente e del suo *care giver*;
- **copia del certificato attestante la patologia rilasciato da una struttura specialistica;**
- **altra documentazione clinica.**

Luogo e data _____

Firma del richiedente _____

Informativa ai sensi dell'ART. 13 D. LGS. 196/2003

1. Finalità del trattamento

Il trattamento dei dati personali da parte dell'Ambito Territoriale Sociale di Venafro (di seguito ATS), del Distretto Sanitario di _____ e della Regione Molise è finalizzato unicamente alla corretta completa formazione della verifica dei requisiti, con l'osservanza delle disposizioni di legge di cui al Programma Attuativo "Interventi e servizi assistenziali in favore delle persone non autosufficienti e pazienti con disabilità severa".

2. Modalità di trattamento

Il trattamento è realizzato per mezzo delle operazioni o complesso di operazioni indicate nell' art.4 lett. A T.U. sulla privacy; il trattamento è svolto dal titolare e/o dagli incaricati del trattamento.

3. Conferimento dei dati

Il conferimento dei dati personali comuni, sensibili e giudiziari è strettamente necessario ai fini dello svolgimento delle attività di cui al punto 1. L'eventuale rifiuto di conferire i dati comporta l'esclusione dal concorso al Programma Attuativo in parola e l'impossibilità di partecipare alla manifestazione.

4. Comunicazione dei dati

I dati personali possono essere comunicati solo all'interno dei Comuni facenti parte dell'A.T.S. o da altri Enti coinvolti per le medesime finalità. I dati personali non sono soggetti a diffusione se non nei limiti di quanto previsto al precedente punto 1. I dati personali potranno inoltre essere comunicati al fine di adempiere obblighi di legge ovvero per rispondere a richieste da parte di forze dell'ordine, autorità amministrativa e giudiziaria sia dello Stato Italiano sia dello Stato di provenienza dell'interessato.

5. Diritti dell'interessato

In relazione al presente trattamento di dati personali, ai sensi dell'art. 7 del Codice: l'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile; l'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione: dell'origine dei dati personali; delle finalità e modalità del trattamento; della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2; dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

6. Il titolare responsabile del trattamento:

Titolare del trattamento dati personali è l'Ufficio di Piano dell'ATS di Venafro, nella persona del Direttore.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa di cui sopra ed ai sensi della disciplina normativa in materia di trattamento dei dati personali.

acconsento

non acconsento

al trattamento per le finalità descritte al punto 1 dell'informativa,
alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 4 dell'informativa.

Nome e cognome del richiedente _____
(firma leggibile)