



AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI AGNONE

Via G. Verdi, 9 – 86081 AGNONE (IS)

Tel. 0865/77369 – Fax 0865/77369

ambitoagnone@pec.it

info@ambitoagnone.it

www.ambitoagnone.it

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

=====

Oggetto: FNA 2019-2021 - ANNUALITÀ 2020. "Interventi rivolti a persone con disabilità grave e gravissima assistite a domicilio" - D.G.R. n. 79 del 06/03/2020 e D.D. Regione Molise n. 7405 del 03/12/2021: Approvazione avviso pubblico FNA (Annualità 2020) e relativi allegati.

L'anno **duemilaventidue** addì **ventisette** del mese di **gennaio**, nel Palazzo Municipale di Agnone in Via Verdi nr.9

IL COORDINATORE DELL'UFFICIO DI PIANO

Premesso che:

- con decreto sindacale **n. 3** del 13/01/2022 il Sindaco del Comune di Agnone ha affidato al Dr. Antonio Melone l'incarico di coordinatore dell'Ambito Territoriale di Agnone dal **01/01/2022** al **31/12/2022**;
- con D.G.R. n. 144 del 27/05/2021 la Regione Molise ha approvato il Piano Sociale di Zona dell'Ambito Territoriale di Agnone (IS) fino al **31/12/2022**.

Premesso, altresì, che:

- con deliberazione del Consiglio Comunale n. 23 del 10/04/2021, esecutiva ai sensi della legge, è stato approvato il Documento Unico di Programmazione (DUP) relativo al periodo 2021/2023;
- con deliberazione del Consiglio Comunale n. 24 del 10/04/2021, esecutiva ai sensi della legge, è stato approvato il bilancio di previsione finanziario per il triennio 2021/2023;
- con deliberazione del Consiglio Comunale n. 66 del 04/05/2021, esecutiva ai sensi della legge, è stato approvato il Piano Esecutivo di Gestione (PEG) per il triennio 2021/2023;

Considerato che:

- il Comune di Agnone è capofila per la gestione dei servizi socio-assistenziali dell'Ambito Territoriale di Agnone e, a tale fine, è stato individuato un Ufficio di Piano con attribuzione delle risorse umane e finanziarie per la finalità di garantire l'esecuzione dei procedimenti amministrativi derivanti dall'attuazione della gestione associata dei servizi socio-assistenziali;
- i Comuni dell'Ambito Territoriale di Agnone hanno stipulato apposita convenzione volta a realizzare ed assicurare una gestione unitaria del sistema locale di interventi e servizi sociali, attraverso la condivisione di regole per l'organizzazione dei servizi e l'accesso degli utenti, la condivisione delle risorse economiche, professionali e strutturali, nonché delle procedure di gestione unitaria amministrativa e contabile, di monitoraggio e di rendicontazione;

Richiamate:

- la delibera del Comitato dei Sindaci **n. 1** del 21/01/2021 che ha approvato il Piano Sociale di Zona dell'Ambito Territoriale Sociale di Agnone 2020-2022 – Periodo di programmazione finanziata 2020-2022, che ha approvato il “Regolamento di funzionamento dell'Ufficio di Piano”, e che, altresì, ha disposto la proroga di tutte le attività in essere fino al 30 aprile 2021;
- la delibera del Comitato dei Sindaci **n. 2** del 21/01/2021 che ha approvato la Convenzione ex art. 30 del D.Lgs. n. 267/2000;
- la delibera del Comitato dei Sindaci **n. 3** del 21/01/2021 che ha approvato l'Accordo di programma ex art. 34 del D.Lgs. 267/2000;
- la delibera del Comitato dei Sindaci **n. 4** del 21/01/2021 di ricomposizione dell'Ufficio di Piano;
- la delibera del Comitato dei Sindaci n. 10 del 22/04/2021 avente ad oggetto: “Piano Sociale di Zona 2020-2022 - Presa d'atto della sottoscrizione dell'Accordo di programma ed ulteriori determinazioni”;
- la vigente normativa in cui è stabilito che spetta ai Responsabili degli Uffici la gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa, compresa l'adozione di tutti gli atti che impegnano l'Amministrazione verso l'esterno mediante autonomi poteri di spesa e la gestione delle risorse umane e strumentali, mentre riservano agli Organi di governo dell'Ente la definizione dei programmi, degli obiettivi, delle priorità e delle scelte, il controllo e la verifica dei risultati della gestione;

Rilevato di:

- non incorrere in cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente, con particolare riferimento al codice di comportamento e alla normativa vigente;
- non trovarsi in conflitto di interesse in relazione all'oggetto dell'atto, con riferimento alla normativa vigente, in particolar modo con quella relativa alla prevenzione della corruzione;

Constatato di aver assolto e di impegnarsi ad assolvere agli obblighi relativi alla trasparenza e alla pubblicazione dell'atto e delle informazioni in esso contenute, nel rispetto della normativa vigente;

Viste le deliberazioni del Comitato dei Sindaci, n. 2, 3, 4, 5, 6, 7, adottate nella riunione del 28 Novembre 2020, con cui si è proceduto rispettivamente a:

- a. prendere atto del PSR 2020-2022;
- b. riconfermar il Comune di Agnone quale Ente capofila per il prossimo PSZ 2020/2022;

- c. individuare l'accordo di programma ex art. 34 TUEL e la Convezione ex art. 30 TUEL, quali forme associative più efficienti tra quelle previste da D.Lgs. n. 267/2000 da preferire nella programmazione 2020/2022;
- d. definire la funzione associata di coordinamento con l'Ambito Territoriale Sociale di Venafro;
- e. confermare il Dr. Antonio Melone quale Coordinatore dell'ATS Agnone per il Programma 2020-2022;
- f. confermare, per la durata massima stabilita dalla normativa regionale, quale Presidente dell'ATS di Agnone (IS) il Sindaco p.t. del Comune di Agnone e quale Vice-Presidente dell'ATS di Agnone (IS), il Sindaco p.t. del Comune di Capracotta;

Visti:

- la Legge n. 328/2000 (legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali);
- la Legge della Regione Molise n. 13 del 06/05/2014 (Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e dei servizi sociali);
- il Regolamento regionale n. 1 del 27/02/2015 (Attuazione della Legge della Regione Molise n. 13 del 06/05/2014);
- la Legge regionale n. 22 del 18/12/2017 (Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza).

Considerato che:

- le risorse assegnate alla Regione Molise, secondo i criteri di riparto indicati all'art. 1, c. 2, del decreto del Ministero della Salute, del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministero della Salute, del Ministero dell'Economia e delle Finanze e il Ministero per gli Affari regionali e le Autonomie del 26 settembre 2016, sono pari ad € 3.783.120,00 per l'annualità 2019, € 3.768.600,00 per l'annualità 2020 ed € 3.754.740,00 per l'annualità 2021;
- la quota riconosciuta è comprensiva del finanziamento annuale pari ad € 80.000,00 attribuito, con Decreto Direttoriale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 669 del 28.12.2018, alla Regione Molise per la realizzazione di azioni volte all'implementazione delle Linee di indirizzo per Progetti di Vita indipendente presso n. 1 Ambito Territoriale Sociale, che si impegna ad assicurare con risorse proprie la quota di cofinanziamento pari ad € 20.000,00.
- l'importo impegnato, per l'annualità 2020, con Determinazione Dirigenziale del Servizio di Programmazione delle Politiche sociali n. 7405 del 03/12/2021 è di € **3.498.000,00** come di seguito indicato:

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE	TOTALE	IMPEGNO
Agnone	€ 113.414,35	N. 2021.4200.1.
Riccia	€ 508.898,21	N. 2021.4201.1.
Campobasso	€ 935.344,70	N. 2021.4202.1.
Isernia	€ 510.201,69	N. 2021.4203.1.
Larino	€ 377.853,09	N. 2021.4204.1.
Termoli	€ 771.592,94	N. 2021.4205.1.
Venafro	€ 280.695,02	N. 2021.4206.1.

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21/11/2019 “Riparto del Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, per il triennio 2019-2021” (GU Serie Generale n.29 del 05-02-2020) il quale, oltre a ripartire le risorse afferenti al FNA, adotta il Piano per la non autosufficienza 2019-2021, su proposta della Rete della protezione e dell'inclusione sociale, ed in particolare l'allegato B “Piano regionale per la non autosufficienza

ovvero atto di programmazione regionale 2019-2021 - Elementi richiesti e indicazioni per la redazione”.

Richiamata integralmente la deliberazione di Giunta Regionale n. 79 del 06/03/2020 e i relativi allegati A e B, avente ad oggetto “atto di azione del piano nazionale per la non autosufficienza 2019-2021: Programma regionale per la non autosufficienza “FNA 2019-2021 – interventi risolti a persone con disabilità grave e gravissime assistite a domicilio e Disciplinare per la realizzazione dell’intervento. Provvedimenti”.

Richiamata, altresì, la D.D. della Regione Molise n. 7405 del 03/12/2021 avente ad oggetto: “Riparto Fondo non autosufficienza Anno 2019-2021 – Risorse Anno 2020 – Impegno di spesa Ambiti Territoriali”;

Richiamata la circolare n. 1 delle Regione Molise a firma del Direttore del Servizio Programmazione Politiche Sociali del 12/01/2022, assunta al prot. d’Ambito al n. 49 del 13/01/2022;

Preso atto che il Programma ha durata triennale e si realizza attraverso l’emanazione di Avvisi pubblici annuali effettuata dagli Ambiti Territoriali Sociali e che ogni annualità ha una durata di dodici mesi decorrenti dall’approvazione delle graduatorie dei beneficiari di cui alle lett. A), B) e C) e che sono fatti salvi eventuali effetti retroattivi, determinati dai tempi necessari all’espletamento delle procedure per la definizione degli aventi diritto agli interventi, a decorrere dalla data di attivazione del programma prevista il 1° giugno 2020 (prima annualità del programma), il 1° giugno 2021 (seconda annualità del programma), il 1° giugno 2022 (terza annualità del programma).

Considerato che i destinatari/beneficiari del Programma in parola risultano essere:

- A) Persone, adulti e minori, residenti nella regione Molise che non abbiano eletto domicilio o siano stabilmente ospitati da familiari in comuni non compresi nel territorio della regione Molise, in condizioni di dipendenza vitale che necessitano a domicilio (presso la propria abitazione o di un familiare) di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere sociosanitario nelle 24 ore, 7 giorni su 7, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche, nelle situazioni specificate al paragrafo “4. DESTINATARI” del Programma regionale per la non autosufficienza “FNA 2019-2021 - Interventi rivolti a persone con disabilità grave e gravissima assistite a domicilio dalla lettera a) alla lettera i). Sono escluse le persone assistite in regime residenziale presso strutture.
- B) Minori con gravissima disabilità, riconosciuta ai sensi dell’art. 3, comma 3 della legge 104/92, residenti nella regione Molise per la frequenza di corsi finalizzati al conseguimento di maggiori livelli di autonomia. L’intervento è rivolto esclusivamente all’acquisizione di autonomie personali e/o sociali, orientamento e mobilità ed all’apprendimento delle capacità necessarie a favorire l'autonomia comunicativa-relazionale dei minori con gravissima disabilità.
- C) Persone frequentanti Centri Socio Educativi Diurni, presenti sul territorio regionale, regolarmente autorizzati/accreditati, per per la realizzazione di attività sperimentali finalizzate al mantenimento delle capacità residue ed all’acquisizione di maggiori livelli di autonomia rivolte a soggetti con grave disabilità che hanno terminato il percorso scolastico e che frequentano la struttura.

Rilevato che all’ ATS di Agnone, in considerazione dell’assenza di CSE nel territorio di competenza e della necessità di garantire pari opportunità alle persone con disabilità, viene

riconosciuto un contributo economico per il trasporto degli interessati presso i Centri funzionanti presso altri ATS. L'ATS di Agnone (IS) avrà cura di stipulare specifiche intese con Enti di Terzo Settore impegnati nel settore della disabilità che, nelle more dell'operatività del Registro unico nazionale del terzo settore e, ai sensi dell'art. 101, comma 2, del codice di cui al D.Lgs 3 luglio 2017, n. 117 e s.m. i., posseggano il requisito dell'iscrizione ad uno dei registri attualmente previsti dalle normative di settore.

Constatato che con D.D. della Regione Molise n. 7405 del 03/12/2021 è stato rilevato che non risulta iscritta la somma di € 400.000,00 destinata a garantire il cofinanziamento regionale a valere sull'annualità 2020 del Programma di che trattasi e che pertanto occorre provvedere solo al riparto ed impegno agli Ambiti Territoriali Sociali delle risorse assegnate dal Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, pari a Euro 3.768.600,00;

Constatato altresì, che, in relazione a quanto previsto nella D.D. della Regione Molise n. 7405 del 03/12/2021, l'importo impegnato è pari a € **3.498.000,00**;

Visto l'allegato A) della D.D. della Regione Molise n. 7405 del 03/12/2021 il quale definisce la suddivisione delle risorse assegnate complessivamente agli ATS;

Accertato che, con D.D. della Regione Molise n. 7405 del 03/12/2021 avente ad oggetto: "Riparto Fondo non autosufficienza Anno 2019-2021 – Risorse Anno 2020 – Impegno di spesa Ambiti Territoriali", le risorse finanziarie assegnate all'Ambito Territoriale Sociale di Agnone risultano complessivamente pari a € **113.414,35**, diversamente da quanto stabilito nel Disciplinare per la realizzazione del Programma Attuativo FNA (Annualità 2020) di cui alla D.G.R. n. 79/2020 (il quale importo risultava essere complessivamente di € 129.374,80), le quali risultano ripartite nel modo seguente:

Tipologia di servizio	Voucher per l'assistenza domiciliare garantita da coop., soggetti accreditati, personale qualificato contrattualizzato dalla famiglia oppure da caregiver	Interventi previsti nei PAI o ricoveri di sollievo	Interventi in favore di minori con gravissima disabilità impegnati in percorsi di studio funzionali all'acquisizione di autonomie	Rimborso spese di trasporto per la frequenza presso CSE operanti in altri ATS
Importo	€ 101.720,00	€ 1.358,78	€ 8.485,47	€ 1.850,00

Rilevato che, da quanto risulta dalla D.G.R. n. 79 del 06/03/2020 (allegato B), qualora gli interventi previsti per i pazienti gravissimi di cui alla lettera A) e B) non siano richiesti dai beneficiari oppure la somma indicata risulti eccedente può, previa autorizzazione del Servizio regionale competente, essere destinata alle altre azioni; la somma di € 300.000,00 rimane nella disponibilità della Regione a cui compete la gestione degli interventi in favore delle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica e da Atrofia Muscolare Spinale; alla Regione compete il monitoraggio ed il controllo delle azioni realizzate e della spesa.

Precisato, a tale ultimo proposito, che la D.D. della Regione Molise n. 7405 del 03/12/2021 per gli interventi inerenti le persone affette dal SLA e SMA dispone che la somma ad esse riservate è pari a Euro 270.610,00;

Ritenuto pertanto di:

- approvare l'Avviso pubblico ed i relativi allegati;
- fissare il termine per la presentazione delle domande a far data dalla pubblicazione dell'Avviso Pubblico sull'Albo Pretorio del Comune capofila dell'ATS di Agnone (IS) e per i successivi 30 giorni;
- pubblicare l'Avviso sul sito istituzionale del Comune capofila dell'ATS Agnone (IS) www.comune.agnone.is.it e all'Albo pretorio del Comune di Agnone (IS) e sul sito dell'Ambito Territoriale Sociale di Agnone (IS): www.ambitoagnone.it
- stabilire che allo scadere del termine per la presentazione delle domande si procederà alla nomina della Commissione di riferimento per la realizzazione del Programma, sulla base delle indicazioni previste dal relativo Disciplinare.

Dato atto ai sensi dell'art. 5 della legge n. 241/1990 e dell'art. 31 del D.Lgs. n. 50/2016, il responsabile del procedimento è il Dr. Antonio MELONE per il quale non sussiste alcun conflitto di interessi in merito alla fattispecie in argomento;

Visti:

- il T.U. delle leggi sull'ordinamento degli Enti locali approvato con Decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267;
- lo Statuto del Comune in vigore;
- il vigente Accordo di Programma ex art. 34 del T.U.E.L. n. 267/2000 per la gestione associata del PSZ di Agnone.
- la deliberazione del Consiglio Comunale n. 23 del 10/04/2021, esecutiva ai sensi della legge, è stato approvato il Documento Unico di Programmazione (DUP) relativo al periodo 2021/2023;
- la deliberazione del Consiglio Comunale n. 24 del 10/04/2021, esecutiva ai sensi della legge, è stato approvato il bilancio di previsione finanziario per il triennio 2021/2023;
- la deliberazione del Consiglio Comunale n. 66 del 04/05/2021, esecutiva ai sensi della legge, è stato approvato il Piano Esecutivo di Gestione (PEG) per il triennio 2021/2023;

DETERMINA

Le premesse formano parte integrante e sostanziale del presente atto;

1. DI APPROVARE lo schema di Avviso pubblico e i relativi allegati di domanda di ammissione al beneficio per la selezione dei potenziali beneficiari del Programma FNA Annualità 2020 nonché gli allegati tutti che formano parte integrante e sostanziale del presente atto;

2. DI FISSARE il termine per la presentazione delle domande a far data dalla pubblicazione dell'Avviso Pubblico sull'Albo Pretorio del comune capofila dell'ATS di Agnone (IS) e per i successivi 30 giorni;

3. DI STABILIRE che allo scadere del termine per la presentazione delle domande si procederà alla nomina della Commissione di riferimento per la realizzazione del Programma, sulla base delle indicazioni previste dal relativo Disciplinare;

4. DI RISERVARSI di accertare ed impegnare i fondi di cui all'allegato A) della D.D. della Regione Molise n. 7405 del 03/12/2021 con successivo provvedimento;

5. DI DARE ATTO che ai sensi dell'art. 5 della legge n. 241/1990 e dell'art. 31 del D.Lgs. n. 50/2016, il responsabile del procedimento è il Dr. Antonio MELONE

6. DI PUBBLICARE l'avviso pubblico sull'albo pretorio del Comune di Agnone e sul sito web www.ambitoagnone.it e trasmettere lo stesso ai Comuni afferenti l'ATS di Agnone;

7. DI TRASMETTERE il provvedimento:

- all'Ufficio Segreteria per l'inserimento nella raccolta generale;
- all'Ufficio Ragioneria per il controllo contabile e l'attestazione della copertura finanziaria della spesa;
- alla Regione Molise.

**Il Responsabile e Coordinatore dell'Ufficio di Piano
f.to Dr. Antonio MELONE**

VISTO DI REGOLARITÀ CONTABILE

Il Responsabile del Servizio finanziario in ordine alla regolarità contabile del presente provvedimento, ai sensi dell'articolo 147-bis, comma 1, del d.Lgs. n. 267/2000 e del relativo Regolamento comunale sui controlli interni, comportando lo stesso riflessi diretti o indiretti sulla situazione economico-finanziaria o sul patrimonio dell'ente, osservato:

rilascia: PARERE FAVOREVOLE

Data

Il Responsabile del servizio finanziario
f.to Dr.ssa ORLANDO Lina



Ambito Territoriale Sociale di Agnone ***- Ufficio di Piano -***

**OGGETTO: PROGRAMMA REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA - “FNA 2019-2021. INTERVENTI RIVOLTI A PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE E GRAVISSIMA ASSISTITE A DOMICILIO”.
ANNUALITÀ 2020 -**

D.G.R. n. 79 del 06 giugno 2020 - D.D. Regione Molise n. 7405 del 03/12/2021.

Premessa

L’Ambito Territoriale Sociale di Agnone emana il presente Avviso pubblico in coerenza e in attuazione della Determinazione Dirigenziale della Regione Molise n. 7405 del 03/12/2021 e della Deliberazione di Giunta Regionale n. 79 del 06 giugno 2020 che ha approvato il Programma Regionale “FNA 2019-2021 – Interventi rivolti a persone con disabilità grave e gravissima assistite a domicilio” – unitamente al Disciplinare per la realizzazione dell’intervento e della Determinazione del Responsabile dell’Ufficio di Piano num. _____ cui è allegato il presente Avviso.

Art. 1 Durata

Il presente programma Regionale per la non Autosufficienza ha durata di dodici mesi decorrenti dall’approvazione delle graduatorie dei beneficiari di cui alle lett. A), B) e C). Sono fatti salvi eventuali effetti retroattivi, a decorrere dal 01/06/2021, data di attivazione del Programma ministeriale, in relazione ai tempi tecnici della procedura.

Art. 2 Finalità

Il Programma è finalizzato ad assicurare nell’Ambito Territoriale Sociale un sistema di tutela alle persone, assistite a domicilio, adulti e minori, in condizione di disabilità gravissime, attraverso:

1. interventi assistenziali domiciliari;
2. contributi in favore di minori per la frequenza di corsi volti all’acquisizione di maggiori livelli di autonomia;
3. contributi per l’inserimento presso Centri Socio Educativi Diurni in attività finalizzate a favorire l’inclusione sociale e l’apprendimento di nuove competenze, previste da progetti innovativi.

Le risorse impiegate per la sua attuazione sono destinate alla realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata di servizi socio-sanitari in favore di persone non autosufficienti, individuando i seguenti obiettivi ed aree prioritarie di intervento:

- a. il rafforzamento del supporto alla persona non autosufficiente ed alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare, anche in termini di assistenza tutelare e personale, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, adeguando le prestazioni all'evoluzione dei modelli di assistenza domiciliari;
- b. la previsione di un supporto alla persona non autosufficiente, in condizione di disabilità gravissima, ed alla sua famiglia, con trasferimenti monetari destinati all'acquisto di servizi di cura ed assistenza domiciliare sulla base di un personalizzato ed opportunamente monitorati svolti da, cooperative, soggetti accreditati, personale qualificato contrattualizzato dai familiari ed al riconoscimento del lavoro di cura del familiare – caregiver, in sostituzione di altre figure professionali (quindi remunerato);
- c. interventi complementari all'assistenza domiciliare: azioni di supporto individuate nel progetto personalizzato (es. trasporto) ivi compresi i ricoveri di sollievo di strutture sociosanitarie, assumendo l'onere della quota sociale ad esclusione delle prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non contemporanea per un periodo continuativo nel corso dell'anno di 15 giorni;
- d. contributi per la partecipazione a progetti rivolti a minori con grave disabilità per la frequenza di corsi finalizzati all'acquisizione di maggiori livelli di autonomia personale e/o sociale, per l'orientamento e mobilità e per l'apprendimento delle capacità necessarie a favorire l'autonomia comunicativa relazionale;
- e. contributi economici per il trasporto di persone con disabilità grave costrette a frequentare i CSE provinciali, per l'assenza nel territorio di riferimento di CSE.

Art. 3 Destinatari

I destinatari del Programma sono:

A) Persone, adulti e minori, residenti in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale di Agnone, 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.

Sono identificate in tali condizioni le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11.02.1980, n. 18 e ss.mm.ii., o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013, 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 ;
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza ivi incluse quelle affette dal morbo di Alzheimer 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 e persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e da Atrofia Muscolare Spinale (SMA);

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 psicofisiche.

B) Minori con gravissima disabilità, riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge 104/92, residenti nella regione Molise, per la frequenza di corsi finalizzati all'acquisizione di competenze per l'autonomia personale e/o sociale, per l'orientamento e mobilità e per l'apprendimento delle capacità necessarie a favorire l'autonomia comunicativa relazionale;

C) Persone frequentanti Centri Socio Educativi Diurni, presenti sul territorio provinciale, regolarmente autorizzati/accreditati, per la realizzazione di attività sperimentali finalizzate al mantenimento delle capacità residue ed all'acquisizione di maggiori livelli di autonomia rivolte a soggetti con grave disabilità che hanno terminato il percorso scolastico e che frequentano la struttura.

Art. 4

Destinatari di cui alla lettera A)

Azioni di supporto alla persona in condizioni di disabilità severa ed alla sua famiglia

Il beneficiario e/o i suoi familiari esprimono **la loro preferenza riguardo l'intervento che ritengano possa rispondere in modo migliore alle loro esigenze.**

Per i destinatari di cui alla lettera A è previsto:

1. sostegno economico dell'importo da quantificare sulla base dell'impegno assistenziale correlato alla severità delle condizioni patologiche, garantito attraverso trasferimenti monetari per l'acquisto di servizi di cura ed assistenza domiciliare sulla base del piano assistenziale personalizzato mediante cooperative, soggetti accreditati, personale qualificato, **che verrà contrattualizzato direttamente dalla famiglia.**

La soglia minima di ore garantite per gli interventi sociali è di n. 8 ore e la massima di n. 14, per n. 52 settimane. L'intervento viene concesso per un numero di ore assicurate settimanalmente il cui costo orario è stabilito come da contratto collettivo della cooperazione sociale (Tab. ministeriale-maggio 2013), tra € 19,20 ed € 19,81 all'ora. Concorrono al raggiungimento del numero delle ore assicurate le prestazioni rese nell'ambito dei Servizi di Assistenza Domiciliare Comunale, non concorrono le ore assicurate dall'Home Care Premium;

2. contributo per il caregiver, con la corresponsione di un sostegno economico, dell'importo mensile di € 400,00 ad integrazione dell'assegno di accompagnamento, necessario per incrementare le risorse economiche destinate ad assicurare la continuità dell'assistenza;

3. contributo per il caregiver attraverso la corresponsione di un sostegno economico da quantificare sulla base dell'impegno assistenziale correlato alla severità delle condizioni patologiche, per le persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica e Atrofia Muscolare Spinale secondo le modalità stabilite nel corso della realizzazione del precedente programma di cui alla deliberazione di Giunta Regionale del 9 gennaio 2012, n. 7;

Per i pazienti di cui ai nn. 1, 2 e 3, in caso di ricovero in struttura ospedaliera, extraospedaliera o struttura socio sanitaria, assistenziale o riabilitativa, per un periodo continuativo superiore a trenta giornate, l'erogazione del contributo deve essere interrotta;

4. azioni di supporto individuate nel progetto personalizzato il cui costo preventivamente autorizzato, può essere rimborsato fino ad un massimo di € 3.000,00, comprensivo di IVA e la cui eventuale spesa eccedente deve essere sostenuta dal beneficiario. Tra gli interventi di cui al presente punto 4 sono compresi i ricoveri di sollievo in strutture regionali sociosanitarie o assistenziali, attrezzate per garantire le cure necessarie, individuate dai familiari, con l'onere della quota sociale fino ad un massimo di € 38,00 al giorno, a carico della Regione per un periodo continuativo nel corso dell'anno di n. 15 giorni.

Procedure per le persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e da Atrofia Muscolare Spinale (SMA).

La gestione dell'intervento in favore dei pazienti affetti da SLA e da SMA sarà assicurata direttamente dalla Regione.

I pazienti, residenti nella regione Molise che non abbiano eletto domicilio o siano stabilmente ospitati da familiari in comuni non compresi nel territorio della regione Molise, dovranno essere assistiti presso la propria abitazione o in quella di un familiare. Sono escluse le persone assistite presso strutture residenziali sanitarie, sociosanitarie ed assistenziali. Verrà loro garantita l'assistenza domiciliare mediante il sostegno economico al care giver, qualora richiesta, con le modalità stabilite nel corso dell'esecuzione del precedente Programma dedicato ai malati di SLA di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale del 9 gennaio 2012, n. 7, oppure la concessione di uno degli altri benefici previsti per i pazienti di cui alla lettera A) del Programma in parola, sulla base della preferenza espressa. E' garantita la continuità assistenziale quando già inseriti nei precedenti Programmi, nonché la presa in carico delle nuove istanze. La domanda di ammissione al Programma a firma del richiedente il beneficio, o se impossibilitato da chi ne cura gli interessi, può essere in qualsiasi momento di realizzazione del programma presentata all'Ambito Territoriale Sociale competente per territorio. Nella domanda si attesta il possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità e si descrivono le caratteristiche essenziali relative alla situazione individuale, la situazione familiare e reddituale, la documentazione sanitaria rilasciata da una struttura pubblica specialistica nella quale sia chiaramente accertata la diagnosi.

Il beneficio, quando concesso, decorre dal giorno di presentazione della domanda. Per il contributo economico al care giver sono vigenti le modalità di quantificazione dell'importo spettante stabilite dal precedente programma dedicato ai malati di SLA (da un minimo di € 300,00 ad un massimo di € 700,00 sulla base del carico assistenziale). La Regione liquida agli aventi diritto, accertata la permanenza dei requisiti (esistenza in vita e permanenza presso il proprio domicilio), trimestralmente le spettanze dovute per il tramite dell'ATS di riferimento.

In caso di ricovero del paziente in struttura ospedaliera, extraospedaliera o struttura socio sanitaria, assistenziale o riabilitativa, per un periodo continuativo superiore a trenta giornate l'erogazione del contributo dovrà essere interrotta.

Qualora vengano preferiti gli altri interventi previsti dal Programma per i pazienti di cui alla lettera A) verranno seguite le modalità in esso previste.

Deve inoltre essere considerato il carico assistenziale sostenuto dalla famiglia affinché possa essere assicurato il necessario sostegno in tutto il percorso di cura. Gli operatori degli ATS e/o dell'ASReM che sono chiamati ad intervenire hanno il compito di mantenere con il paziente ed i suoi familiari un stabile rapporto affinché gli stessi possano essere informati ed orientati nel sistema delle cure, siano facilitati nelle decisioni da prendere e possano più agevolmente fronteggiare i momenti critici. La malattia impone all'intero nucleo familiare una riorganizzazione ed un riadattamento per vicariare le funzioni non più sostenibili per il paziente, causa difficoltà organizzative e logistiche ma anche psicologiche, emotive e relazionali ed ai caregiver viene richiesto un notevole impegno fisico al quale si aggiunge un coinvolgimento emotivo ed il bisogno di conoscenza riguardo a tutto ciò che concerne la malattia e l'adeguatezza dei loro compiti assistenziali.

Art. 5

Destinatari di cui alla lettera B) **Interventi funzionali all'acquisizione di autonomie rivolti a minori con gravissima disabilità**

Per i destinatari di cui alla lettera B è previsto un Sostegno economico in favore di minori con gravissima disabilità per la frequenza di corsi funzionali all'acquisizione di autonomie: in particolare, percorsi per all'apprendimento di competenze personali e/o sociali, orientamento e mobilità e di capacità necessarie a favorire l'autonomia comunicativa-relazionale.

I pazienti devono essere in possesso di certificazione rilasciata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92, di documentazione clinica specialistica, del programma e del preventivo del corso che intendono frequentare.

Il PAI che deve prevedere sia gli interventi sociali e sanitari, redatto congiuntamente dall'assistente sociale dell'ATS e dal personale sanitario del distretto sanitario competente, è formulato per i minori disabili sulla base delle valutazioni dei genitori, degli insegnanti, del pediatra o del medico di medicina generale e degli specialisti che li hanno in cura. Il piano assistenziale deve indicare chiaramente il corso che il minore dovrà frequentare, la durata, il costo, i benefici che si intendono raggiungere ed inoltre deve contemplare azioni utili alla fruizione delle risorse istituzionali, delle occasioni di svago, studio e socialità presenti sul territorio allo scopo di agevolarne l'integrazione scolastica e sociale e scongiurare fenomeni di esclusione e isolamento.

I corsi, preventivamente autorizzati, sono rimborsati fino all'importo massimo di € 8.000,00, comprensivo di IVA. In caso di costo superiore, il beneficiario deve farsi carico della parte di spesa non riconosciuta.

Art. 6

Destinatari di cui alla lettera C) **Realizzazione di attività sperimentali rivolte agli utenti dei Centri Socio Educativi**

Per i destinatari di cui alla lettera C è previsto un sostegno economico per il rimborso delle spese sostenute per il trasporto, presso i Centri Socio Educativi Diurni provinciali regolarmente autorizzati/accreditati, per la realizzazione di attività sperimentali finalizzate al mantenimento delle capacità residue ed all'acquisizione di maggiori livelli di autonomia rivolte a soggetti con grave disabilità che hanno terminato il percorso scolastico e che frequentano la struttura.

Art. 7 Modalità di presentazione della domanda

L'istanza di ammissione al Programma deve essere redatta utilizzando esclusivamente gli appositi modelli, rispettivamente per la lettera A (allegato 1), per la lettera B (allegato 2), per la lettera C

(allegato 14), allegati al presente Avviso Pubblico, emanato dall'ATS di Agnone (IS), avendo cura di produrre unitamente la certificazione richiesta.

Per i malati di SLA e della SMA è previsto uno specifico modello di domanda (allegato 15).

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

La domanda dovrà essere inviata ALL'ATS DI AGNONE all'indirizzo: "Ufficio di Piano – Largo Dante Alighieri, n. 51 – 86081 Agnone (IS)" nelle seguenti modalità:

1. inoltrata a mezzo raccomandata A/R utilizzando una busta chiusa che riporti la seguente dicitura: "Domanda di ammissione al Programma Regionale FNA Annualità 2020" (non farà fede il timbro postale, ma la data di ricevimento a pena di inammissibilità);
2. inoltrata a mezzo PEC dell'Ambito Territoriale Sociale di Agnone al seguente indirizzo: **ambitoagnone@pec.it**;
3. consegnata a mano all'Ambito Territoriale Sociale di Agnone o per il tramite degli sportelli di cittadinanza del Comune di residenza del beneficiario, Comuni comunque facenti parte dell'Ambito Territoriale Sociale di Agnone di seguito riportati: Agnone, Belmonte del Sannio, Capracotta, Carovilli, Castel del Giudice, Castelverrino, Pescopennataro, Pietrabbondante, Poggio Sannita, San Pietro Avellana, Sant'Angelo del Pesco, Vastogirardi.

(In tale ultimo caso, al fine di evitare possibili assembramenti vietati in relazione al virus COVID-19, si chiede di non recarsi direttamente presso codesti uffici, ma di contattare preventivamente l'Ambito Territoriale Sociale di Agnone al seguente numero **0865/77369** per fissare un appuntamento).

Il personale dell'ATS è contattabile dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.30.

Le istanze di ammissione al Programma dovranno essere presentate dal _____ ed entro e non oltre le ore _____ del _____ secondo una delle suddette modalità.

L'Ambito Territoriale Sociale di Agnone ed i Comuni appartenenti allo stesso non si assumono la responsabilità di eventuali disservizi postali o telegrafici ovvero eventuali disservizi imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Alla domanda dovranno essere allegati, pena l'esclusione:

• **Per i destinatari di cui alla lettera A:**

- copia dei documenti 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 e ss.mm.ii.;
- scala di valutazione, per coloro che rientrano in una delle patologie di cui alle lettere: a), c), d) e) ed h), debitamente firmata e datata (la cui data non potrà essere antecedente a mesi 6 dalla pubblicazione dell'avviso) e con l'apposizione del timbro del medico certificatore.

Dette scale, i cui modelli sono allegati all'Avviso, devono 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;

- certificazione ISEE 2022 previsto per le prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria (art. 6 del DPCM 159/2013). **L'ammissibilità è condizionata ad un valore ISEE 2022 inferiore ad euro 50 mila accresciuta ad euro 65 mila in caso di beneficiari minorenni.** Nel caso di impossibilità a produrre l'attestazione ISEE 2022 al momento di presentazione della domanda, il richiedente dovrà integrarla, a pena di esclusione, entro e non oltre 30 giorni dalla scadenza del termine di presentazione delle domande.

E' possibile inoltrare richiesta per un solo intervento previsto per i destinatari lettera A) del Programma, valutando l'esigenza prevalente e scegliendo l'azione più adeguata alle necessità del paziente.

Le istanze che hanno vizi formali ad eccezione di quelle che presentano carenze di carattere sanitario (certificazioni mediche, scale di valutazione, punteggi, ecc.) devono essere trattate sulla base delle regole del soccorso istruttorio.

• **Per i destinatari di cui alla lettera B:**

- copia del documento d'identità in corso di validità del richiedente, genitore o chi esercita la tutela;
- copia del certificato di disabilità gravissima, art. 3 comma 3 della L. 104/'92;
- progetto per l'acquisizione dell'autonomia datato e sottoscritto dal legale rappresentante dell'Ente di Terzo settore o dal professionista che lo ha redatto.

Il genitore del minore, o in assenza, chi ne esercita la tutela, può fare richiesta solo nel caso non abbia prodotto istanza di cui alla lettera A) ed esclusivamente per un solo progetto.

Non sarà possibile inoltrare domanda in caso di mancata presentazione della certificazione attestante la spesa relativa alle pregresse annualità afferenti i precedenti programmi (ad eccezione dei progetti realizzati con il programma di cui al FNA 2018 per il primo anno, FNA 2019 per il secondo anno e FNA 2020 per il terzo anno).

I corsi sono rimborsati fino all'importo massimo di € 8.000,00 (IVA inclusa). L'eventuale spesa di importo maggiore, di quanto consentito, sarà a carico del richiedente.

Le istanze che hanno vizi formali ad eccezione di quelle che presentano carenze di carattere sanitario devono essere trattate sulla base delle regole del soccorso istruttorio.

• **Per i destinatari di cui alla lettera C:**

- copia del documento d'identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario;
- copia del certificato di disabilità gravissima, art. 3 comma 3 della L. 104/'92.

Non sarà possibile inoltrare domanda in caso di mancata presentazione della certificazione attestante la spesa relativa alle pregresse annualità afferenti i precedenti programmi (ad eccezione dei progetti realizzati con il programma di cui al FNA 2018 per il primo anno, FNA 2019 per il secondo anno e FNA 2020 per il terzo anno).

Saranno rimborsabili le spese di trasporto per i giorni effettivi di frequenza presso i CSE e dimostrabili con idonea documentazione.

Le istanze che hanno vizi formali ad eccezione di quelle che presentano carenze di carattere sanitario devono essere trattate sulla base delle regole del soccorso istruttorio.

Si ribadisce che le istanze di ammissione al Programma dovranno essere presentate dal _____ ed entro e non oltre le ore _____ del _____.

Art. 8 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. 7 (es. a mezzo fax);
- d) prive della sottoscrizione a cura del beneficiario o di chi ne fa le veci;
- e) presentate da un cittadino residente in un Comune di un altro Ambito Territoriale;
- f) lettera A) e lettera B) presentate in favore dello stesso beneficiario;
- g) non correttamente compilate;

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.

Sono, inoltre, considerate **escluse** le domande presentate da cittadini che non rientrano in nessuna delle categorie di cui all'art. 3 del presente Avviso.

Art. 9 Procedure per la valutazione

Per i destinatari di cui alla lettera A) si procederà nel modo seguente:

Al termine delle verifiche di ricevibilità ed ammissibilità delle domande pervenute, l'Ambito Territoriale Sociale convoca la Commissione di riferimento di cui al successivo art. 10 affinché prenda atto dell'istruttoria compiuta dagli uffici dell'ATS.

Non deve essere effettuata nuovamente la valutazione dei pazienti richiedenti l'inserimento nel Programma, in condizione di gravità estrema non suscettibile di miglioramento che hanno conseguito il massimo punteggio nelle precedenti valutazioni. L'ASReM procederà nella

valutazione degli altri pazienti utilizzando la documentazione sanitaria di cui è in possesso, quando presente, la cui data non potrà essere antecedente a mesi 6 dalla pubblicazione dell'avviso. Trattasi, infatti in prevalenza, di persone già in carico alle strutture sanitarie dell'Azienda e assistite nelle cure domiciliari. Solo per i pazienti per i quali non è stato possibile reperire presso l'ASReM la documentazione medica necessaria si provvederà ad effettuare la visita domiciliare.

Le valutazioni circa il possesso delle condizioni di gravità che consentono l'ammissione al Programma e le priorità per l'inserimento stabilite sulla base del grado di severità, devono essere effettuate di concerto con le strutture dell'A.S.Re.M. competenti, utilizzando strumenti di indagine in uso presso i distretti sanitari o i servizi specialistici interessati. In particolare, i pazienti devono essere valutati dalle UVM distrettuali dell'Azienda Sanitaria Regionale, utilizzando le scale già adoperate dai servizi territoriali (SVAMA e SVAMA semplificata) e, ai fini della valutazione bio-psico-sociale, nella prospettiva della classificazione ICF, delle condizioni di bisogno, della situazione economica e dei supporti fornibili dalla famiglia o da chi ne fa le veci.

L'ATS attiva l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) competente per territorio, sulla base di quanto disciplinato con deliberazione di Giunta Regionale del 28 novembre 2017, n. 447 le "Linee Guida per l'accesso alla rete integrata di servizi socio sanitari e socio-assistenziali: gli strumenti operativi PUA, UVM e PAI" la quale, sulla base delle rilevazioni cliniche e sociali contenute nella SVAMA provvede a compilare la SVAMA SEMPLIFICATA. L'ammissione al Programma è consentita ai soli pazienti che conseguono un punteggio compreso tra 11 e 18. A parità di punteggio della SVAMA SEMPLIFICATA, avranno accesso ai benefici previsti dal Programma prioritariamente i pazienti "disabili gravissimi" con valore ISEE SOCIO-SANITARIO inferiore.

La Commissione procederà a formulare la graduatoria sulla base del punteggio riportato dalla scheda SVAMA semplificata (dal punteggio più alto a quello più basso) e a parità di punteggio della SVAMA semplificata sarà data precedenza agli utenti che hanno presentato un ISEE SOCIO-SANITARIO inferiore (dal valore più basso a quello più alto). In caso di ulteriore parità verrà ammesso il paziente il cui nucleo familiare risulta in condizione di maggiore fragilità, mediante la compilazione della scheda di valutazione integrativa (allegato 13, dal punteggio più alto a quello più basso).

La valutazione mediante le scale indicate all'art. 3 del decreto ministeriale 26 settembre 2016, che sancisce le condizioni che determinano il diritto a fruire dei benefici previsti e che pertanto deve essere prodotta in sede di presentazione della domanda sono di esclusiva competenza dei medici del SSN (UVM; MMG; specialisti quando necessario).

Sarà predisposto un piano personalizzato di intervento (PAI). Nella formulazione del PAI deve essere assicurata una collaborazione sinergica con le diverse professionalità mediche, specialistiche e sociali, volta a garantire la possibilità di interventi ad alto livello di complessità, eventualmente richiesti dal caso, ed a procedere ad una valutazione globale dei principali parametri della malattia.

Gli interventi e le prestazioni da assicurare devono essere garantiti con la massima flessibilità in funzione anche delle esigenze del nucleo familiare della persona con disabilità gravissime.

Al termine delle verifiche di ricevibilità ed ammissibilità delle domande pervenute, l'Ambito Territoriale Sociale convoca la Commissione di riferimento di cui al successivo art. 10 **per la valutazione delle istanze di cui alla lett. B)** attenendosi 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.

Per i destinatari di cui alla lettera C si procederà nel modo seguente:

Al termine delle verifiche di ricevibilità ed ammissibilità delle domande pervenute, l'Ambito Territoriale Sociale convoca la Commissione di riferimento di cui al successivo art. 10 **per la valutazione delle istanze di cui alla lett. C).**

La Commissione:

- verifica la documentazione presentata;
- riconosce, per ciascun richiedente, un rimborso chilometrico in proporzione alla distanza tra il centro del Comune di residenza della persona beneficiaria e il CSE frequentato, alle richieste pervenute e alle risorse assegnate all'ATS.

Art. 10 Compiti specifici della Commissione di riferimento

Al termine della scadenza del presente Avviso, l'Ambito Territoriale Sociale, con provvedimento dirigenziale, nomina la Commissione di riferimento composta: dal Coordinatore dell'Ambito Territoriale Sociale, da un'Assistente sociale dell'Ambito Territoriale Sociale, 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'articolo 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;
- redige la graduatoria secondo i criteri indicati nel presente Avviso 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 AVERRÀ FINO ALLA CONCORRENZA MASSIMA DELLE RISORSE DISPONIBILI.

Art. 11 Procedure per l'erogazione dei benefici – 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 e SMA, provvederà alla liquidazione con cadenza trimestrale in favore del beneficiario previa verifica della permanenza al domicilio e esistenza in vita;
- Per i pazienti di cui alla lettera A, richiedenti il contributo economico di 400 euro mensili si provvederà alla liquidazione con cadenza trimestrale in favore del beneficiario previa verifica della permanenza al domicilio e esistenza in vita;
- Per i pazienti di cui alla lettera A, richiedenti l'erogazione del sostegno economico per la contrattualizzazione, direttamente dalla famiglia, di personale qualificato, si provvederà alla liquidazione con cadenza trimestrale in favore del care giver, previa verifica della documentazione inerente la contrattualizzazione del personale e della spesa sostenuta;
- Per i pazienti di cui alla lettera A, richiedenti i ricoveri di sollievo, l'80% del costo riconosciuto verrà liquidato a titolo di anticipazione e il 20% a saldo, previa acquisizione della documentazione comprovante la spesa sostenuta;
- Per i pazienti di cui alla lettera A, richiedente le azioni di supporto individuali il costo verrà liquidato a saldo previa acquisizione della documentazione comprovante la spesa sostenuta.

Gli interventi di cui alla lettera A sono compatibili con la frequenza dei CSE diurni.

- Per i pazienti di cui alla **lettera B**, provvederà a liquidare alla famiglia beneficiaria, a titolo di anticipazione, l'80% del costo del corso e 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 pazienti di cui alla **lettera C**, il rimborso per le spese di trasporto verrà liquidato a saldo, previa acquisizione della documentazione comprovante la spesa sostenuta;

Art. 12 Rinvio

Per tutto quanto non espressamente previsto nel presente Avviso si rinvia a quanto disciplinato nel *Programma regionale per la non autosufficienza e nel Disciplinare per la realizzazione del Programma regionale per la non autosufficienza "FNA 2019-2021 – Interventi rivolti a persone con disabilità grave e gravissima assistite a domicilio"* approvati con D.G.R. n. 79 del 06 marzo 2020 e a quanto previsto nella Determinazione Dirigenziale della Regione Molise n. 7405 del 03/12/2021.

Art. 13 Trattamento dei dati personali

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. nonché del Regolamento UE n. 2016/679.

Art. 14 Responsabile del procedimento

Il Responsabile del procedimento è il Responsabile dell'Ufficio di Piano.

Art. 15 Informazioni

Sarà possibile rivolgersi per qualsiasi informazione presso gli uffici dell'Ambito Territoriale Sociale Agnone - Ufficio di Piano, siti in Agnone (IS) Largo Dante Alighieri, n. 51 contattando i seguenti recapiti: tel/fax: 0865/77369 – e-mail: info@ambitoagnone.it. o altrimenti recandosi presso

uno dei codesti uffici.

Al fine di evitare possibili assembramenti vietati in relazione al virus COVID-19, si chiede di non recarsi direttamente presso gli uffici predetti, ma di contattare preventivamente l'ATS di Agnone al seguente numero 0865/77369 per fissare un appuntamento.

Il personale dell'ATS è contattabile dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.30.

Agnone, li _____

**Il Coordinatore e Responsabile dell'Ufficio di Piano
Dr. Antonio MELONE**

ALLEGATI:

Per gli Utenti:

- All. n. 1: Modello di domanda lettera A);
- All. n. 2: Modello di domanda lettera B);
- All. n. 14: Modello di domanda lettera C);
- All. n. 15: Modello di domanda per persone affette da SLA e SMA;

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

- All. n. 3 : Modello scala Glasgow Coma Scale (GCS);
- All. n. 4: Modello scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS);
- All. n. 5: Modello scala ASIA Impairment Scale (AIS);
- All. n. 6: Modello scala Medical Research Council (MRC);
- All. n. 7: Modello scala Expanded Disability Status Scale (EDSS);
- All. n. 8: Modello scala di Hoehn e Yahr mod;
- All. n. 9: Modello scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER);
- All. n. 10: Certificazione di valutazione condizione patologica di cui alla lettera i).

Per l'Unità di Valutazione Multidimensionale:

- All. n. 11: Modello SVAMA;
- All. n. 12: Modello SVAMA semplificata;
- All. n. 13: Scheda di valutativa integrativa.

Agnone lì, _____

All. n. 1

MODELLO PER I PAZIENTI LETTERA "A"

**All'Ambito Territoriale Sociale di Agnone
Per il tramite del Comune di residenza di**

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA REGIONALE FNA
ANNUALITÀ 2020**

"FNA 2019-2021 - Interventi in favore di persone in condizioni di disabilità grave e gravissima assistite a domicilio"

Deliberazioni di G.R. n. 79 del 06/03/2020 - D.D. n. 7405 del 03/12/2021.

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

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 ___ / ___ / ___ e residente a _____ in via
_____ n. _____ c.f. _____
tel. _____ cell. _____ mail _____

di essere ammesso al Programma Attuativo "FNA 2019–2021 - *Interventi in favore di persone in condizioni di disabilità grave e gravissima assistite a domicilio*" **Annualità 2020**, ai sensi della D.G.R. n. 79 del 06/03/2020, e D.D. n. 7405 del 03/12/2021.

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/la sig./sig.ra _____, titolare di indennità di accompagnamento (Legge n. 18/1980 e ss.mm.ii.), si trova in condizioni di non autosufficienza o disabilità severa rientrante in una delle seguenti patologie:

(a pena di esclusione barrare una sola casella e allegare relativa scala di equivalenza o certificazione)

- 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 ivi incluse quelle affette dal morbo di Alzheimer 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 e persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e da Atrofia Muscolare Spinale (SMA);
- 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 psicofisiche.

2) Che il nucleo familiare del beneficiario è così composto (escluso il beneficiario):

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

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

SAD disabili n. ore ____ settimanali

SAD anziani n. ore ____ settimanali

Assistenza Infermieristica

Home Care Premium (N.B.: la misura è compatibile con quelle previste dal Programma regionale FNA 2019-2021) n. ore _____ mensili/contributo mensile € _____.

All'uopo richiede

(a pena di esclusione barrare una sola casella)

Sostegno economico per la contrattualizzazione diretta di personale qualificato per un minimo di 8 ore ad un massimo di 14 ore per 52 settimane (concorrono al raggiungimento del numero delle ore le prestazioni rese nell'ambito del SAD comunale);

contributo economico per il *care giver* dell'importo di € 400,00 mensili;

rimborso quota (€ 38,00 al giorno) per i ricoveri di sollievo (massimo gg. 15) presso una struttura regionale sociosanitarie o assistenziali, attrezzate per garantire le cure necessarie, individuate dai familiari;

azioni di supporto individuale nel progetto personalizzato il cui costo preventivamente autorizzato può essere rimborsato fino ad un massimo di euro 3.000,00, compreso iva.

DICHIARA ALTRESI'

a) di impegnarsi, a seguito di inserimento nel Programma Attuativo, a dare tempestiva comunicazione all'Ambito Territoriale Sociale di Agnone, 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 Agnone, 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 Agnone, 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, anche relativamente alle modalità di erogazione del contributo spettanti nel caso di accoglimento della domanda.

accredito in c/c intestato a proprio nome _____

indicare eventuale cointestatario _____

IBAN BANCARIO _____

IBAN POSTALE _____

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 e ss.mm.ii;

In relazione alla patologia del paziente allegare la “scala di valutazione” corrispondente o la “certificazione” debitamente compilata:

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 **specificata attestazione di aver preso visione di tutta la documentazione sanitaria specialistica in possesso del paziente;**

attestazione ISEE 2022 Socio-Sanitario in corso di validità (*in caso di impossibilità a presentare l'attestazione nei termini di scadenza dell'Avviso, sarà possibile presentarla entro e non oltre 30 giorni dalla scadenza del termine di presentazione delle domande*).

In caso di mancata consegna dell'ISEE 2022 entro i termini la domanda verrà esclusa.

Luogo e data _____

Firma del richiedente _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 E DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarla che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui l'ATS è tenuto.

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è il Il Coordinatore Responsabile dell'ATS Agnone, nella persona del Dr. Antonio Melone domiciliato per la carica in Agnone (IS), presso l'Ufficio di Piano, con sede in Largo Dante Alighieri 51.

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati è il Coordinatore/Responsabile dell'ATS Agnone, Dr. Antonio Melone.

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari per gli adempimenti previsti per legge, inclusa la completa e corretta formazione della verifica dei requisiti di legge per la concessione del beneficio FNA 2020 "Interventi in favore di persone in condizioni di disabilità grave e gravissima assistite a domicilio" Deliberazione di G.R. n. 79 del 06/03/2020 e D.D. n. 7405 del 03/12/2021.

Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/ 679.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Ambito di comunicazione e diffusione

Informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad altri enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

Trasferimento dei dati personali

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

Categorie particolari di dati personali

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire all'ATS dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelano "*l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona*". Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'Ufficio di Piano dell'ATS Agnone, in persona del Coordinatore Responsabile Dr. Antonio Melone, all'indirizzo postale della sede legale di Agnone (IS) Largo Dante Alighieri 51 o all'indirizzo pec ambitoagnone@pec.it.

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede.

Io sottoscritto/a _____, li _____ del _____, (in caso di persona minore di anni 16 aggiungere "in qualità di _____ del _____ minore _____ nato _____ a _____ il _____")

esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** alla comunicazione dei miei dati personali d enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede.

Firma _____

All. n. 2

PER I PAZIENTI LETTERA "B"

**All'Ambito Territoriale Sociale di Agnone
Per il tramite del Comune di residenza di**

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA REGIONALE FNA
ANNUALITÀ 2020**

"FNA 2019-2021 - Interventi in favore di persone in condizioni di disabilità grave e gravissima assistite a domicilio"

Deliberazioni di G.R. n. 79 del 06/03/2020 D.D. n. 7405 del 03/12/2021.

Il/la sottoscritto/o nome _____ cognome _____ nato/a _____
a _____ prov. _____ il ____ / ____ / ____ e residente
a _____ prov. _____ via _____ n. _____
c.f. _____ tel. _____ cell. _____
mail _____

CHIEDE

Nella qualità di familiare del paziente in condizioni di disabilità

.....

(Indicare il grado di parentela)

Cognome e Nome	Data di nascita	Codice fiscale

di essere ammesso al Programma Attuativo FNA 2019-2021 ***"Interventi in favore di persone in condizioni di disabilità grave e gravissima assistite a domicilio"***, **Annualità 2020**, ai sensi della Deliberazione di G.R. n. 79 del 06/03/2020, e D.D. n. 7405 del 03/12/2021.

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

a) che il minore _____ si trova in condizioni di disabilità gravissima art. 3 comma 3 della L. 104/'92 tale da richiedere azioni di

supporto previa redazione di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che contempli aspetti sociali e sanitari;

b) che il minore è impegnato nel seguente percorso di studi:

_____;

c) 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				
7				

All'uopo richiede:

Sostegno economico per la realizzazione/frequenzazione di interventi funzionali all'acquisizione delle autonomie personali e/o sociali, orientamento e mobilità e di capacità necessarie a favorire l'autonomia comunicativa-relazionale, può essere rimborsato fino all'importo massimo di € 8.000,00 (IVA inclusa).

DICHIARA ALTRESI'

d) di essere a conoscenza che l'Ambito Territoriale Sociale di Agnone, 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;

e) di essere a conoscenza che l'Ambito Territoriale Sociale di Agnone, 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;

f) di svolgere l'attività per la quale riceve il contributo entro l'anno di realizzazione del Programma;

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

accredito in c/c intestato a proprio nome _____

indicare eventuale cointestatario _____

IBAN BANCARIO _____

IBAN POSTALE _____

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;
- Scheda progettuale del corso che si intende intraprendere datata e sottoscritta dal soggetto realizzatore.

(La scheda progettuale dovrà indicare: tipologia di intervento, descrizione attività, finalità, obiettivi, risorse umane, durata, soggetto realizzatore, costo e tutte le altre informazioni necessarie per la valutazione degli stessi).

N.B. La Commissione valuterà i progetti tenendo conto dei seguenti criteri di valutazione: 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.

Luogo e data

Firma del richiedente

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 E DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarla che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui l'ATS è tenuto.

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è il II Coordinatore Responsabile dell'ATS Agnone, nella persona del Dr. Antonio Melone domiciliato per la carica in Agnone (IS), presso l'Ufficio di Piano, con sede in Largo Dante Alighieri 51.

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati è il Coordinatore/Responsabile dell'ATS Agnone, Dr. Antonio Melone.

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari per gli adempimenti previsti per legge, inclusa la completa e corretta formazione della verifica dei requisiti di legge per la concessione del beneficio FNA 2020 "Interventi in favore di persone in condizioni di disabilità grave e gravissima assistite a domicilio" Deliberazione di G.R. n. 79 del 06/03/2020 e D.D. n. 7405 del 03/12/2021.

Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/679.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Ambito di comunicazione e diffusione

Informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad altri enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

Trasferimento dei dati personali

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

Categorie particolari di dati personali

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire all'ATS dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelano "l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona". Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'Ufficio di Piano dell'ATS Agnone, in persona del Coordinatore Responsabile Dr. Antonio Melone, all'indirizzo postale della sede legale di Agnone (IS) Largo Dante Alighieri 51 o all'indirizzo pec ambitoagnone@pec.it.

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede.

, li

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta, (in caso di persona minore di anni 16 aggiungere "in qualità di
del minore nato a il)

esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** alla comunicazione dei miei dati personali d enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede

Firma _____

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

Utente: Nome _____ Cognome _____

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

Luogo e data

Firma e timbro
(medico certificatore)

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

Utente: Nome _____ Cognome _____					
	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, utilizzo 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.

Luogo e data

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, comma2, lettera d*)[www.asia-spinalinjury.org/elearning/ASIA ISCOS_high.pdf](http://www.asia-spinalinjury.org/elearning/ASIA_ISCOS_high.pdf)

Utente: Nome _____ Cognome _____
--

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)

Luogo e data

Firma e timbro
(medico certificatore)

SCALA MRC

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

(Articolo 3, comma2, lettera e)

Utente: Nome _____ Cognome _____

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;

Luogo e data

Firma e timbro
(medico certificatore)

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

Utente: Nome _____ Cognome _____
--

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.

Luogo e data

Firma e timbro
(medico certificatore)

SCALA HOEHN E YAHR**Scala di Hoehn e Yahr** (*Articolo 3, comma2, lettera e*)

Utente: Nome _____ Cognome _____

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.

Luogo e data

Firma e timbro
(medico certificatore)

SCALA LAPMER**Lapmer-Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation** (Art. 3, comma 2, 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 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

Luogo e data

Firma e timbro
(medico certificatore)

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

Utente: Nome _____ Cognome _____

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 alle lettere a) e b) del comma 1 ed in almeno uno dei domini di cui alle lettere c) e d) del medesimo comma 1.

Luogo e data

**Firma e timbro
(medico certificatore)**

SENSORIO E COMUNICAZIONE

LINGUAGGIO (*COMPRESIONE*)

0 = normale	2 = comprensione non valutabile	
1 = comprende solo frasi semplici	3 = non comprende	

LINGUAGGIO (*PRODUZIONE*)

0 = parla normalmente	2 = si comprendono solo parole isolate	
1 = linguaggio menomato, ma esprime comunque il suo pensiero	3 = non si esprime	

UDITO (*eventualmente con protesi*)

0 = normale	2 = grave deficit non correggibile	
1 = deficit, ma udito adeguato alle necessità personali	3 = sordità completa	

VISTA (*eventualmente con occhiali*)

0 = normale	2 = grave deficit non correggibile	
1 = deficit, ma vista adeguata alle necessità personali	3 = cecità e bisogno di assistenza	

CODIFICA PATOLOGIE - estratto ICPC

**INDICARE LE PATOLOGIE PRINCIPALI CHE CONCORRONO
A DETERMINARE LA SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA**
(da utilizzare a cura del medico curante oppure in sede di UOD)

MALATTIE GENERALI

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A07 Coma <input type="checkbox"/> A00 Sindrome ipocinetica <input type="checkbox"/> A79 Carcinomatosi (sede primitiva sconosciuta) <input type="checkbox"/> A80 Incidente / lesione traumatica NSA <input type="checkbox"/> A81 Politraumatismo / lesioni interne <input type="checkbox"/> A82 Effetti tardivi di untrauma <input type="checkbox"/> A84 Avvelenamento da sostanza medicinale | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A86 Effetti tossici da altre sostanze <input type="checkbox"/> A87 Complicanza chirurgia / trattamento medico <input type="checkbox"/> A89 Conseguenze applicazione protesi <input type="checkbox"/> A90 Anomalie multiple congenite <input type="checkbox"/> A97 Assenza di malattia <input type="checkbox"/> A99 Altre malattie generali / non spec |
|---|--|

SANGUE / LINFATICI / MILZA

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> B71 Linfadenite cronica / non specifica <input type="checkbox"/> B72 Morbo di Hodgkin <input type="checkbox"/> B73 Leucemia <input type="checkbox"/> B74 Altre neoplasie maligne <input type="checkbox"/> B75 Neoplasie benigne / non spec <input type="checkbox"/> B78 Anemie emolitiche ereditarie <input type="checkbox"/> B79 Altre anomalie congenite | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> B80 Anemia da carenza di ferro <input type="checkbox"/> B81 Anemia perniciosa / da carenza folati <input type="checkbox"/> B83 Porpora / difetti coagulazione / piastrine <input type="checkbox"/> B87 Splenomegalia <input type="checkbox"/> B90 Infezione da HIV (AIDS / ARC) <input type="checkbox"/> B99 Altra malattia sangue / linfatici / milza |
|---|---|

SISTEMA DIGERENTE

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> D17 Incontinenza intestinale <input type="checkbox"/> D70 Diarrea infettiva / dissenteria <input type="checkbox"/> D72 Epatite virale <input type="checkbox"/> D74 Neoplasie maligne stomaco <input type="checkbox"/> D75 Neoplasie maligne colon / retto <input type="checkbox"/> D76 Neoplasie maligne pancreas <input type="checkbox"/> D77 Altre neoplasie maligne / non spec <input type="checkbox"/> D81 Anomalie congenite <input type="checkbox"/> D82 Malattie di denti / gengive <input type="checkbox"/> D83 Malattie di bocca / lingua / labbra <input type="checkbox"/> D84 Malattie dell'esofago <input type="checkbox"/> D85 Ulcera duodenale <input type="checkbox"/> D86 Altre ulcere peptiche | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> D87 Disturbi funzione gastrica <input type="checkbox"/> D88 Appendicite <input type="checkbox"/> D89 Ernia inguinale <input type="checkbox"/> D90 Ernia diaframmatica / dello hiatus <input type="checkbox"/> D91 Altre ernie addominali <input type="checkbox"/> D92 Malattia diverticolare <input type="checkbox"/> D93 Sindrome del colon irritabile <input type="checkbox"/> D94 Enterite cronica / colite ulcerosa <input type="checkbox"/> D95 Ragade anale / ascesso perianale <input type="checkbox"/> D96 Epatomegalia <input type="checkbox"/> D97 Cirrosi / altre malattie epatiche <input type="checkbox"/> D98 Colecistite / colelitiasi <input type="checkbox"/> D99 Altre malattie sistema digerente |
|---|---|

- F91 Errori di rifrazione
- F92 Cataratta**
- F93 Glaucoma
- F94 Tutti i gradi / tipi di cecità**
- F99 Altre malattie oculari

OCCHIO

- F74 Neoplasie occhio /annessi
- F81 Altre anomalie oculari congenite
- F82 Distacco di retina
- F83 Retinopatia
- F84 Degenerazione della macula
- F85 Ulcera corneale (incl. erpetica)

ORECCHIO

- H03 Tintinnio / ronzio / tinnito
- H74 Otite cronica, altre infezioni orecchio
- H75 Neoplasie dell'orecchio
- H77 Perforazione membrana del timpano
- H82 Sindrome vertiginosa**

- P15 Abuso cronico dialcool**
 - P17 Abuso di tabacco
 - P18 Abuso di medicinali
 - P19 Abuso di droghe
 - P20 Disturbi di memoria / concentrazione
 - P70 Demenza senile / Alzheimer**
 - P71 Altra psicosi organica
 - P72 Schizofrenia tutti i tipi
 - P73 Psicossiaffettiva
-

SISTEMA CARDIOCIRCOLATORIO

- K71 Febbre reumatica / cardiopatia
 - K73 Anomalie congenite cuore / sistema circolatorio
 - K74 Angina pectoris
 - K75 Infarto miocardico acuto**
 - K76 Altre cardiopatie ischemiche / croniche
 - K77 Insufficienza cardiaca**
 - K78 Fibrillazione atriale / flutter
 - K79 Tachicardiaparossistica
 - K80 Battiti ectopici tutti i tipi
 - K82 Cuore polmonare cronico
 - K83 Malattia valvolare cuore non reumatica NSA
 - K84 Altre malattie del cuore
-

SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO

- L70 Infezioni
 - L71 Neoplasia
 - L72 Frattura radio / ulna**
 - L73 Frattura tibia / fibula**
 - L74 Frattura ossa mano / piede**
 - L75 Frattura femore**
 - L76 Altra frattura**
 - L77 Distorsione e stiramento caviglia
 - L78 Distorsione e stiramento ginocchi
 - L79 Distorsione e stiramento altre articolazioni
 - L80 Lussazione
 - L81 Altre lesioni traumatiche
 - L82 Anomalie congenite
-

SISTEMA NERVOSO

- N17 Vertigine / capogiro (escl H82)**
 - N19 Disturbi del linguaggio
 - N70 Poliomielite / altri enterovirus
 - N71 Meningite / encefalite
 - N72 Tetano
 - N73 Altre infezioni sistema nervoso
 - N74 Neoplasie maligne**
 - N75 Neoplasie benigne**
 - N76 Neoplasie non spec
 - N79 Commozione cerebrale
 - N81 Altre lesioni traumatiche
-

DISTURBI MENTALI / PSICOLOGICI

- P13 Encopresi

- H83 Otosclerosi
- H84 Presbiacusia
- H86 Tutti i gradi di sordità NSA**
- H99 Altre malattie orecchio / mastoide

- K86 Ipertensione non complicata
- K87 Ipertensione coinvolgente organi bersaglio**
- K88 Ipotensione posturale
- K89 Ischemia cerebrale transitoria
- K90 Colpo / accidente cerebrovascolare**
- K91 Aterosclerosi escl cuore / cervello
- K92 Altre ostruzioni arteriose / mal vascolari periferiche
- K93 Emboli polmonare
- K94 Flebite / tromboflebite
- K95 Vene varicose delle gambe (escl S97)
- K99 Altre malattie sistema circolatorio

- L83 Sindromi colonna cervicale
- L84 Osteoartrosi colonna
- L85 Deformità acquisite della colonna
- L86 Lesione disc lombare / irradiazione
- L88 Artrite reumatoide / condizioni affini**
- L89 Osteoartrosi dell'anca**
- L90 Osteoartrosi del ginocchio**
- L91 Altre osteoartrosi

- L92 Sindromi della spalla
- L95 Osteoporosi
- L97 Lesione interna cronica del ginocchia
- L98 Deformità acquisite degli arti
- L99 Altre malattie sistema muscoloscheletrico

- N85 Anomalie congenite
- N86 Sclerosi multipla**
- N87 Parkinsonismo**
- N88 Epilessia tutti i tipi
- N89 Emicrania
- N90 Cefalea a grappolo
- N91 Paralisi facciale / paralisi di Bell
- N92 Nevralgia del trigemino
- N93 Sindrome del tunnel carpale
- N94 Altra nevrite periferica
- N99 Altre malattie del sistema nervoso

- P74 Disturbo d'ansia / stato ansioso
- P75 Disturbo isterico / ipocondriaco**
- P76 Disturbo depressivo
- P77 Tentativo di suicidio
- P78 Neurastenia / surmenage
- P79 Altro disturbo nevrotico
- P80 Disturbo dipersonalità
- P85 Ritardomentale
- P98 Altre / non specificosici
- P99 Altri disturbi mentali / psicologici

SISTEMA RESPIRATORIO

- R70 Tubercolosi respiratoria (escl A70)
- R80 Influenza (provata) senza polmonite
- R81 Polmonite
- R82 Tutte le pleuriti (escl R70)
- R83 Altre infezioni del sistema respiratorio
- R84 Neoplasie maligne bronchi / polmone**

- R85 Altre neoplasie maligne
- R89 Anomalie congenite sistema respiratorio
- R91 Bronchite cronica / bronchiectasie
- R95 Enfisema / BPCO**
- R96 Asma
- R99 Altra malattia sistema respiratorio

CUTE E ANNESSI

- S14 Ustioni / scottature
- S18 Lacerazione / taglio
- S19 Altre lesioni traumatiche pelle
- S70 Herpes zoster
- S72 Scabbia ed altre infestazioni da acari
- S73 Pediculosi / altre infestazioni pelle
- S74 Dermatofitosi
- S75 Moniliasi / candidosi (altre)
- S76 Altre malattie infettive pelle
- S77 Neoplasie maligne della pelle
- S80 Altre / non spec. neoplasie pelle

SISTEMA URINARIO

- U04 Incontinenza urinaria**
- U70 Pielonefrite / pielite acuta
- U71 Cistite / altra infezione urinaria NSA
- U75 Neoplasie maligne del rene
- U76 Neoplasie maligne della vescica

SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO E NUTRIZIONE

- T06 Anoressia nervosa / bulimia
- T08 Calo di peso
- T11 Disidratazione**
- T71 Neoplasie maligne della tiroide
- T73 Altre / non specific neoplasie
- T82 Obesità (BMI >=30)**
- T83 Sovrappeso (BMI <30)
- T85 Ipertiroidismo / tireotossicosi

SISTEMA GENITALE FEMMINILE

- X75 Neoplasie maligne della cervice
- X76 Neoplasie maligne della mammella**
- X77 Altre neoplasie maligne**
- X81 Altre / non spec neoplasie genit femminile

SISTEMA GENITALE MASCILE

- Y74 Orchite / epididimite
 - Y77 Neoplasie maligne prostata**
-

- S84 Impetigine
- S85 Cisti pilonidale / fistola
- S87 Dermatite atopica / eczema
- S88 Dermatite da contatto / altroeczema
- S89 Esantema dapannolino
- S91 Psoriasi
- S92 Disidrosi / mal ghiandole sudoripare
- S94 Unghia incarnita / altra malattie unghie
- S97 Ulcera cronica pelle (inclvaricosa)
- S98 Orticaria
- S99 Altra malattie pelle / tessuto sottocutaneo

- U79 Altre neoplasie non spec tratto urinario
- U85 Anomalie congenite tratto urinario
- U88 Glomerulonefrite / nefrosi
- U95 Calcolo urinario di ogni tipo / sede
- U99 Altra malattia sistema urinario

- T86 Ipotiroidismo / mixedema
- T87 Ipoglicemia
- T90 Diabete mellito**
- T91 Carezza vitaminica / altro disturbo nutrizionale
- T92 Gotta
- T93 Disturbi del metabolismo lipidico
- T99 Altra malattia endocrino metabolica nutrizionale

- X84 Vaginite / vulviteNSA
- X87 Prolassouterovaginale
- X99 Altre malattie sistema genitale femminile

- Y78 Altre neoplasiemaligne
- Y99 Altre malattie genit. Masch. Incl. Mamm.

COMPILATORE

NOMINATIVO: _____ FIRMA: _____

S.Va.M.A. VALUTAZIONE COGNITIVA E FUNZIONALE

NOME	DATA DI NASCITA: _____
SEDE DI	DATA: _____

SITUAZIONE COGNITIVA

SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE (barrare la casella in caso di errore)

Che giorno è oggi? (mese, giorno, anno)	1
Che giorno è della settimana?	1
Come si chiama questo posto?	1
Qual è il suo indirizzo?	1
Quanti anni ha?	1
Quando è nato?	1
Chi è il Presidente della Repubblica ? (o il Papa?)	1
Chi era il Presidente precedente? (o il Papa?)	1
Qual è il cognome da ragazza di sua madre?	1
Sottragga da 20 tre e poi ancora fino in fondo	1
TOTALE VALUTAZIONE COGNITIVA	VCOG

Nel caso il test non sia somministrabile per la gravità del deterioramento, assegnare punteggio VCOG=10. Nel caso non sia somministrabile per altre motivazioni, indicarle di seguito, ed attribuire un punteggio esclusivamente su base clinica, eventualmente previa consulenza specialistica:

VCOG1

Nel caso i problemi prevalenti siano quelli comportamentali (ad esempio: pericolo di fuga, aggressività fisica verso gli altri), specificare se è necessario adottare provvedimenti particolari per assicurare un'assistenza adeguata:

Nel caso si tratti di soggetti psicogeriatrici, specificare se è necessario adottare provvedimenti particolari per assicurare un'assistenza adeguata:

SITUAZIONE FUNZIONALE

INDICE DI BARTHEL - Attività di Base (barrare per ogni area un unico punteggio)

SITUAZIONE FUNZIONALE	
INDICE DI BARTHEL - Attività di Base (barrare per ogni area un unico punteggio)	
ALIMENTAZIONE	
Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare i cibi e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro, ecc.	0
Indipendente nell'alimentarsi con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, ecc.. Non è necessaria la presenza di un'altra persona.	2
Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare latte, zucchero o altro nella tazza, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata o altro.	5
Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaio, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto.	8
Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere alimentato (imboccato, SNG, PEG, ecc).	10
BAGNO/DOCCIA (lavarsi)	
Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatrice completa. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato.	0
Necessita di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.).	1
Necessita di aiuto per il trasferimento nella doccia/bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi.	2
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	4
Totale dipendenza nel lavarsi.	5
IGIENE PERSONALE	
Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere in grado di truccarsi, se abituata a farlo, ma non è necessario che sia in grado di acconciarsi i capelli.	0
In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni.	1
Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene personale.	2
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	4
Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti.	5
ABBIGLIAMENTO	
Capace di indossare, togliere e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto od una protesi.	0
Necessita solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe.	2
Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento.	5
Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti.	8
Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora.	10
CONTINENZA INTESTINALE	
Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma se neces.	0
Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma; occasionali perdite.	2
Capace di assumere una posizione appropriata, ma non di eseguire manovre facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza, e ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come pannoloni, ecc.	5
Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie.	8
Incontinente.	10
CONTINENZA URINARIA	
Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con i dispositivi esterni o interni.	0
Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita o necessita di minimo aiuto per l'uso dei dispositivi esterni o interni.	2
In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario aiuto parziale nell'uso dei dispositivi.	5
Incontinente ma in grado di cooperare all'applicazione di un dispositivo esterno o interno.	8
Incontinente o catetere a dimora (sottolio. la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi interni o esterni .	10

USO DEL GABINETTO	
Capace di trasferirsi sul e dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario, può usare la comoda o la padella, o il pappagallo, ma deve essere in grado di svuotarli e pulirli.	0
Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla.	2
Necessita di aiuto per svestirsi/vestirsi, per i trasferimenti e per lavare le mani.	5
Necessita di aiuto per tutti gli aspetti.	8
Completamente dipendente.	10
TOTALE VALUTAZIONE FUNZIONALE (Attività di Base)	VADL

MOBILITÀ-INDICE DI BARTHEL		
TRASFERIMENTO LETTO – SEDIA o CARROZZINA (compilare anche in caso di paziente totalmente allettato)		
E' indipendente durante tutte le fasi. Capace di avvicinarsi al letto in carrozzina con sicurezza, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina e ritrasferirsi con sicurezza.		0
Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza.		3
Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.		7
Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i movimenti del trasferimento.		12
Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferire l'anziano con o senza un sollevatore meccanico.		15
DEAMBULAZIONE (funzionalmente valida)	USO DELLA CARROZZINA (utilizzare questa scala solo se il paziente ha punteggio di 15 nella scala "deambulazione" ed è stato addestrato all'uso della carrozzina)	
In grado di usare stampelle, bastoni, walker e deambulare per 50 m. senza aiuto o supervisione. Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano.		0
Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia < 50 m. Necessita di supervisione per maggior fiducia o sicurezza in situazioni pericolose.		3
Necessita di assistenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per la loro manipolazione.		7
	Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.) L'autonomia deve essere > 50 m.	10
	Capace di spostarsi autonomamente, per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette.	11
Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione.	Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc.	12
	Capace di spostarsi per brevi tratti su superfici piane, ma è necessaria assistenza per tutte le altre manovre.	14
Non in grado di deambulare autonomamente.	Dipendente negli spostamenti con la carrozzina.	15
SCALE		
In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza, senza aiuto o supervisione. In grado di usare corrimano, bastone o stampelle se necessario, ed è in grado di portarli con sé durante la salita o discesa.		0
In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione, per sicurezza (es. a causa di rigidità mattutina, dispnea, ecc.)		2
Capace di salire/scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione ed assistenza.		5
Necessita di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili).		8
Incapace di salire e scendere le scale.		10
TOTALE VALUTAZIONE MOBILITÀ		VMOB

DOMANDA DI INTERVENTO:

Iniziativa della domanda (una sola risposta)

- 01 .. propria
- 02 .. familiare o affine
- 03 .. soggetto civilmente obbligato
- 04 .. assistente sociale pertinente
- 05 .. medico
- 06 .. tutore
- 07 .. altro soggetto

Tipologia della domanda (una sola risposta)

- 01 .. generica
- 02 .. assistenza domiciliare
- 03 .. centro diurno
- 04 .. ospitalità temporanea riabilitativa
- 05 .. altra ospitalità temporanea
- 06 .. accoglimento in residenza

Motivo della domanda (una sola risposta)

- 01 .. perdita dell'autonomia
- 02 .. famiglia non in grado di provvedere
- 03 .. solitudine
- 04 .. alloggio non idoneo
- 05 .. altro

La persona è informata della domanda?

- 01 .. si
- 02 .. no

PERSONA DI RIFERIMENTO CONTATTABILE:

Cognome e nome _____

Via _____ Comune _____ Prov | | |

Telefono _____ Cellulare _____

Grado di parentela . _____

PARENTI TENUTI AGLI ALIMENTI (nelle ultime righe indicare cumulativamente i parenti esistenti ma non significativi per il progetto assistenziale) (ART.433 C.C.: coniuge, figli e discendenti prossimi, genitori e ascendenti prossimi, generi e nuore, suoceri, fratelli e sorelle)														
	Cognome e nome	parentela ¹	età	professione	indirizzo e telefono	lontananza ²	intensità attivazione attuale ³	si occupa di ⁴			intensità attivazione possibile ⁵	si occuperà di ⁴		
								ADL	iADL	supervisione		ADL	iADL	supervisione
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
ALTRE PERSONE ATTIVE (compreso personale privato)														
1														
2														
3														
ASSISTENZA PUBBLICA ATTIVA (segnare i servizi attivi)												h/sett.	Interv/sett	
1	SERVIZIO RESIDENZIALE (quale?)	3	PASTI A DOMICILIO	6	VIGILANZA- ACCOMPAGNAMENTO									
		4	TELESOCORSO	7	IGIENE DELLA CASA									
2	SERVIZIO SEMIRESIDENZIALE (quale?)	5	TRASPORTO / ACCOMPAGNAMENTO	8	ASSISTENZA ALLA PERSONA									

¹ C = coniuge, FI = figlio/a, FR = fratello/sorella, G = genitore, NO = nonno/a, ND = nipote diretto, NI = nipote indiretto, NU = genero/nuora, AL = altro familiare, VI = amici/vicini

² C = convivente, V = immediate vicinanze, 15 = entro 15 minuti, 30 = entro 30 minuti, 60 = entro 1 ora, O = oltre 1 ora

³ indicare il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui la persona è presente nell'assistenza (o lo è stata finora)

⁴ crocettare se si occupa di ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti), iADL (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia), supervisione (diurna e/o notturna)

⁵ indicare il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui si prevede che la persona possa essere presente nell'assistenza per il fut

Comune di Castelvecchio 0000379 del 20-01-2022 attivo

SITUAZIONE ABITATIVA	
TITOLO DI GODIMENTO <i>(una sola risposta)</i>	
<input type="checkbox"/> 1 proprietà <input type="checkbox"/> 2 usufrutto <input type="checkbox"/> 3 titolo gratuito <input type="checkbox"/> 4 non proprio, non in affitto (presso _____)	in affitto da: <input type="checkbox"/> 5a privato <input type="checkbox"/> 5b pubblico E' in atto lo sfratto esecutivo? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
DISLOCAZIONE NEL TERRITORIO <i>(una sola risposta)</i> <i>rispetto ai servizi pubblici (es.: negozi di alimentari, farmacia, trasporti)</i>	
<input type="checkbox"/> 1 servita <input type="checkbox"/> 2 poco servita <input type="checkbox"/> 3 isolata	
BARRIERE ARCHITETTONICHE <i>(una sola risposta)</i>	
<input type="checkbox"/> 1 assenti <input type="checkbox"/> 2 solo esterne <input type="checkbox"/> 3 interne	Piano: __ Ascensore Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
GIUDIZIO SINTETICO	
<input type="checkbox"/> 1 abitazione idonea (alloggio privo di barriere architettoniche interne/esterne e adeguato al n° di persone, benservito) <input type="checkbox"/> 2 abitazione parzialmente idonea (alloggio in normali condizioni di abitabilità ma con barriere interne e/o esterne che limitano l'anziano nel corretto utilizzo delle risorse residue o dei servizi) <input type="checkbox"/> 3 abitazione non idonea (alloggio pericoloso, fatiscente ed antigienico e/o abitazione gravemente insufficiente per il numero di persone che vi alloggiano, e/o sfratti esecutivi, e/o isolato)	
NOTE:	

SITUAZIONE ECONOMICA: REDDITO MENSILE	
REDDITO TOTALE DELL'ANZIANO: <i>(inclusa l'eventuale indennità di accompagnamento se percepita o anche solo riconosciuta)</i>	€.
RISPARMI DELL'ANZIANO:	<input type="checkbox"/> no o inferiori a €. 2.500,00 <input type="checkbox"/> fino a €. 5.000,00 <input type="checkbox"/> fino a €. 10.000,00 <input type="checkbox"/> fino a €. 50.000,00 <input type="checkbox"/> oltre €. 50.000,00 <input type="checkbox"/> non noti
SPESA FISSA PER AFFITTO O MUTUO:	€.
ULTERIORE DISPONIBILITÀ ECONOMICA MENSILE DICHIARATA DAI FAMILIARI PER L'ASSISTENZA:	<input type="checkbox"/> nessuna <input type="checkbox"/> fino a €. 500,00 <input type="checkbox"/> fino a €. 1.000,00 <input type="checkbox"/> fino a €. 1.500,00 <input type="checkbox"/> oltre <input type="checkbox"/> copertura completa delle spese
INTEGRAZIONE ECONOMICA DEL COMUNE PER L'ASSISTENZA:	<input type="checkbox"/> certamente no <input type="checkbox"/> possibile <input type="checkbox"/> certamente sì
NOTE:	

VALUTAZIONE FINALE DELL'ASSISTENTE SOCIALE ATS

Lined area for text entry.

ASSISTENTE SOCIALE ATS

Nome _____

Data _____ Firma _____

VALUTAZIONE IN SEDE U.V.I.M.	
NECESSITÀ di ASSISTENZA SANITARIA	
ASSISTENZA INFERMIERISTICA (vedi scheda "Valutazione Sanitaria")	VIP
PREVENZIONE - TRATTAMENTO DECUBITI (vedi scheda "Valutazione Cognitiva e Funzionale") VPIA	
POTENZIALE RESIDUO (da valutare in U.O.D.)	VPOT
Poco probabili significativi recuperi di autonomia	0
Vi è la possibilità di recuperare l'autonomia fino a punteggio ≤ 3 in almeno 1 item del Barthel ADL o MOBILITÀ	5
Buon potenziale residuo (anche in patologia cronico-degenerativa, se presente sindrome ipocinetica da assistenza inadeguata)	20
Elevato potenziale residuo dopo evento acuto, con scarsa probabilità di recupero spontaneo	25
TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA E RIABILITATIVA	VSAN

SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE (famiglia, privato, vicinato e volontariato)				
	SOGGETTO AUTONOMO	SUPPORTO RETE PER SOGGETTO NON AUTONOMO		
		sufficiente	Parzialmente Sufficiente o difficoltà di tenuta	insufficiente
Preparazione dei pasti	0	5	10	10
Pulizia della casa	0	5	5	10
Lavanderia	0	5	5	10
Effettuazione acquisti	0	5	5	10
Alimentazione	0	5	10	20
Bagno	0	5	5	10
Toeletta personale	0	5	10	15
Abbigliamento	0	5	10	15
Uso del wc (o padella o panno)	0	5	15	25
Assunzione dei medicinali (se pertinente)	0	5	10	10
Trasferimenti	0	5	15	20
Deambulazione	0	5	10	15
Gestione del denaro	0	5	10	10
Sostegno psicoaffettivo	0	5	10	10
Supervisione diurna	0	5	15	25
Supervisione notturna	0	5	15	25
TOTALE RETE SOCIALE			VSOC	

PROFILO

SITUAZIONE COGNITIVA

PCOG		VCOG	
01	lucido		Indicativamente: punteggio SPMSQ (VCOG) = 0 - 3
02	confuso		Indicativamente: punteggio SPMSQ (VCOG) = 4 - 8
03	molto confuso o stuporoso		Indicativamente: punteggio SPMSQ (VCOG) = 9 - 10
04	problemi comportamentali prevalenti (qualsiasi punteggio SPMSQ)		

MOBILITÀ

PMOB		VMOB	
1	si sposta da solo		Punteggio Barthel mobilità = 0 - 14
2	si sposta assistito		Punteggio Barthel mobilità = 15 - 29
3	non si sposta		Punteggio Barthel mobilità = 30 - 40

SITUAZIONE FUNZIONALE (Attività di Base)

PADL		VADL	
1	autonomo o quasi		Punteggio Barthel ADL = 0 - 14
2	dipendente		Punteggio Barthel ADL = 15 - 49
3	totalmente dipendente		Punteggio Barthel ADL = 50 - 60

NECESSITÀ DI ASSISTENZA SANITARIA

PSAN		VSAN	
1	bassa		Punteggio = 0 - 5
2	intermedia		Punteggio = 10 - 20
3	elevata		Punteggio ≥ 25

+ SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE

PSOC		VSOC	
1	ben assistito		Punteggio = 0 - 80
2	parzialmente assistito		Punteggio = 85 - 160
3	non sufficientemente assistito		Punteggio = 165 - 240

CODICE PROFILO

PROF		PSOC	
		+	

VERBALE U.V.I.M.

NOME: _____ **DATA DI NASCITA:** |_| |_| |_|_|

SINTESI DEI PROBLEMI ATTUALI RILEVATI:

SULLA BASE DELLA DOCUMENTAZIONE AGLI ATTI E DI QUANTO EMERSO DALLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE, L'UNITA' OPERATIVA DISTRETTUALE PRENDE LE SEGUENTI DECISIONI:

CODIFICA PROGETTO ASSISTENZIALE

- | | |
|--|--|
| 01 <input type="checkbox"/> ACCOGLIENZA IN RESIDENZA | 06 <input type="checkbox"/> ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA |
| 02 <input type="checkbox"/> OSPITALITÀ TEMPORANEA RIABILITATIVA | 07 <input type="checkbox"/> ALTRE FORME DI ASSISTENZA |
| 03 <input type="checkbox"/> OSPITALITÀ TEMPORANEA SOCIALE | 08 <input type="checkbox"/> LA RETE ATTUALE RISPONDE AI BISOGNI |
| 04 <input type="checkbox"/> CENTRO DIURNO | 09 <input type="checkbox"/> ALLOGGIO PROTETTO |
| 05 <input type="checkbox"/> ASSISTENZA DOMICILIARE | |

convocati	presenti	PARTECIPANTI	Nome	Firma
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	Responsabile U.V.I.M.		
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	Medico curante		
3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Assistente sociale ATS		
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Esperto / Geriatra		
5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>			
6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>			
7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>			
8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>			

Il responsabile del caso sarà: _____ **Verifica programmata:** |_| |_| |_|_|
 (INDICARE IL RUOLO)

attivazione verifica **TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE U.V.I.M.**
DATA: |_| |_| |_|_|

_____ **TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE ATS**

DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI

Scheda di Valutazione (SVaMA semplificata)

(Cognome e nome) _____ nato/a _____ () il _____

c.f. _____

residente del comune di _____ () in

via _____ n. _____ -frazione _____

PATOLOGIE PRINCIPALI CHE CONCORRONO A DETERMINARE LA SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA

(da compilare a cura del medico curante)

	Descrizione della patologia	Codice ICPC
Prima patologia		_ _ _
Eventuale patologia concomitante		_ _ _
Eventuale 2ª patologia concomitante		_ _ _

ELEMENTI DI VALUTAZIONE

TOTALE

PUNTEGGIO |_|_|

	Valutazione e punteggio		
Situazione Cognitiva	<input type="checkbox"/> 1 Lucido	<input type="checkbox"/> 2 Confuso	<input type="checkbox"/> 3 Molto confuso, stuporoso
Problemi comportamentali	<input type="checkbox"/> 1 Assenti/Lievi	<input type="checkbox"/> 2 Moderati	<input type="checkbox"/> 3 Gravi
Situazione Funzionale	<input type="checkbox"/> 1 Autonomo o quasi	<input type="checkbox"/> 2 Dipendente	<input type="checkbox"/> 3 Totalmente dipendente
Barthel Mobilità	<input type="checkbox"/> 1 Si sposta da solo	<input type="checkbox"/> 2 Si sposta assistito	<input type="checkbox"/> 3 Non si sposta
Supporto rete sociale	<input type="checkbox"/> 1 Ben assistito	<input type="checkbox"/> 2 Parzialmente assistito	<input type="checkbox"/> 3 Non assistito
Necessità assistenza sanitaria	<input type="checkbox"/> 1 Bassa	<input type="checkbox"/> 2 Intermedia	<input type="checkbox"/> 3 Elevata

L'utente è in possesso di ulteriore valutazione su scala:

L'utente è in possesso di ulteriore valutazione su scala:

- CIRS no sì PUNTEGGIO |_|_|
- CIDRs no sì PUNTEGGIO |_|_|
- ICF no sì PUNTEGGIO |_|_|

1) Trattasi di persona in condizione di dipendenza vitale con necessità di assistenza h24
(descrivere i fattori che ne determinano tale stato)

2) L'utente è già stato preso in carico in ADI: sì no

PAI sanitario in essere/proposto:

Ente di appartenenza	Ruolo	Firma
ASReM - Distretto Sanitario di	Direttore o suo delegato	
ASReM - Distretto Sanitario di	Medico UVM	
ATS di	Direttore e/o Coordinatore	
ATS di	Assistente sociale	
ASReM	Medico di Medicina Generale	

Luogo _____ data _____

**SCHEDA DA APPLICARE IN CASO DI PARITA' DI PUNTEGGIO SVAMA
SEMPLIFICATA CONTENENTE I CRITERI INTEGRATIVI PER DEFINIRE LA
FRAGILITA' DEL NUCLEO FAMILIARE**

La fragilità del nucleo familiare viene definita utilizzando un punteggio complessivo massimo di **100 punti**, attribuito sulla base dei criteri e parametri elencati di seguito, e considerando, distintamente, le situazioni dei nuclei familiari composti dal beneficiario FNA (l'utente non autosufficiente grave) e da altri componenti e quelle dei nuclei formati dal solo beneficiario FNA, portatore, per definizione, di un grado di fragilità estremo. In entrambi i casi è stato applicato un punteggio significativo per il valore dell'ISEE ordinario 2022, con una fascia di esclusione dall'attribuzione del punteggio (10.000 euro) apparsa congrua per discriminare ulteriormente la fragilità complessiva dei nuclei familiari.

A) NUCLEO FAMILIARE COMPOSTO DAL BENEFICIARIO FNA E DA ALTRI COMPONENTI

1. Valore ISEE ordinario 2022 (riferito a tutti i componenti del nucleo familiare), **max 30 punti** da assegnare secondo le seguenti modalità:

a. Da 0 a 1.000 euro=	30 punti;
b. Da 1.000,01 a 2.000 euro=	27 punti;
c. Da 2.000,01 a 3.000 euro=	24 punti;
d. Da 3.000,01 a 4.000 euro=	21 punti;
e. Da 4.000,01 a 5.000 euro=	18 punti;
f. Da 5.000,01 a 6.000 euro=	15 punti;
g. Da 6.000,01 a 7.000 euro=	12 punti;
h. Da 7.000,01 a 8.000 euro=	9 punti;
i. Da 8.000,01 a 9.000 euro=	6 punti;
j. Da 9.000,01 a 10.000 euro=	3 punti;
k. Da 10.000,01 e oltre	zero punti;

2. Numero disabili in condizione di gravità, ex articolo 3, comma 3, legge 104/92, ovvero invalidi 100% con il beneficio dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, presenti nel nucleo familiare (oltre il beneficiario FNA) = **max 24 punti**, da attribuire in ragione di 8 punti per ogni componente del nucleo in tale condizione, fino ad un massimo di 24;

3. Numero di anziani ultrasettantacinquenni presenti nel nucleo (eccettuato il beneficiario FNA)= **max 13 punti**, da attribuire come di seguito:
| |
| --- |
| a. Un anziano, punti 4 |
| b. Due anziani, punti 8 |
| c. Tre o più anziani, punti 13 |

4. Presenza di minori (eccettuato il beneficiario FNA) nel nucleo familiare, **max 13 punti** da attribuire come di seguito:
| |
| --- |
| a. Un minore, punti 4 |
| b. Due minori, punti 8 |
| c. Tre o più minori, punti 13 |

5. Distanza dell'abitazione dal perimetro del centro abitato (definito ai sensi del codice della strada), **max 10 punti**:
 - a. Da 1 a 2 km., punti 2
 - b. Da 2,1 a 3 km., punti 4
 - c. Da 3,1 a 4 km., punti 6
 - d. Da 4,1 a 5 km., punti 8
 - e. Oltre 5 km, punti 10

6. Presenza di barriere architettoniche nell'abitazione (come descritte e valutate dall'assistente sociale, in relazione al grado, più o meno elevato, di incidenza sulla mobilità e sull'accessibilità dell'abitazione), **max 10 punti**:
 - a. Assenza di barriere, punti 0
 - b. Barriere a modesta incidenza, punti 2
 - c. Barriere a media incidenza, punti 5
 - d. Barriere ad elevata incidenza, punti 10

NB: In caso di coesistenza di più condizioni nella stessa persona: esempio, disabile in condizione di gravità/anziano, minore/disabile in condizione di gravità, ecc., si applica quella che dà luogo al punteggio più favorevole; in ogni caso il destinatario del servizio non viene considerato ai fini dell'attribuzione del punteggio.

B) NUCLEO FAMILIARE COMPOSTO DAL SOLO BENEFICIARIO FNA

- 1) Beneficiario FNA unico componente del nucleo familiare = **50 punti**.

- 2) Valore ISEE ordinario 2022, **max 30 punti** da assegnare secondo le seguenti modalità:

a. Da 0 a 1.000 euro=	30 punti;
b. Da 1.000,01 a 2.000 euro=	27 punti;
c. Da 2.000,01 a 3.000 euro=	24 punti;
d. Da 3.000,01 a 4.000 euro=	21 punti;
e. Da 4.000,01 a 5.000 euro=	18 punti;
f. Da 5.000,01 a 6.000 euro=	15 punti;
g. Da 6.000,01 a 7.000 euro=	12 punti;
h. Da 7.000,01 a 8.000 euro=	9 punti;
i. Da 8.000,01 a 9.000 euro=	6 punti;
j. Da 9.000,01 a 10.000 euro=	3 punti;
k. Da 10.000,01 e oltre	zero punti;

- 3) Distanza dell'abitazione dal perimetro del centro abitato (definito ai sensi del codice della strada), **max 10 punti**:
 - a. Da 1 a 2 km., punti 2
 - b. Da 2,1 a 3 km., punti 4
 - c. Da 3,1 a 4 km., punti 6
 - d. Da 4,1 a 5 km., punti 8
 - e. Oltre 5 km, punti 10

- 4) Presenza di barriere architettoniche nell'abitazione (come descritte e valutate dall'assistente sociale, in relazione al grado, più o meno elevato, di incidenza sulla mobilità e sull'accessibilità dell'abitazione), **max 10 punti**:
 - a. Assenza di barriere, punti 0

- b. Barriere a modesta incidenza, punti 2
- c. Barriere a media incidenza, punti 5
- d. Barriere ad elevata incidenza, punti 10

A maggiore punteggio totale corrisponde maggiore fragilità del nucleo familiare. Pur applicando, distintamente, le ipotesi di valutazione A) e B) per le due tipologie di nucleo familiare, viene comunque formulata un'unica sub-graduatoria ai fini della selezione dei beneficiari con pari punteggio SVAMA semplificata.

PER I PAZIENTI LETTERA "C"

All'Ambito Territoriale Sociale di Agnone
Per il tramite del Comune di residenza di _____

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA REGIONALE FNA
ANNUALITÀ 2020**

"FNA 2019-2021 Interventi in favore di persone in condizioni di disabilità grave e gravissima assistite a domicilio"

Deliberazioni di G.R. n. 79 del 06/03/2020 e D.D. n. 7405 del 03/12/2021.

Il/la sottoscritto/o nome _____ cognome _____ nato/a _____
a _____ prov. _____ il ____ / ____ / ____ e _____ residente
a _____ prov. _____ via _____ n. _____
c.f. _____ tel. _____ cell. _____
_____ mail _____

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 ____ / ____ / ____ e _____ residente a _____ in via
_____ n. _____ c.f. _____
_____ tel. _____ cell. _____ mail _____

Di essere ammesso al Programma FNA 2019-2021 *"Interventi rivolti a persone con disabilità grave e gravissima assistite a domicilio"*, destinato alla realizzazione di un progetto sperimentale finalizzato al mantenimento delle capacità residue ed all'acquisizione di maggiori livelli di autonomia per gli utenti con disabilità grave che hanno terminato il percorso scolastico, ai sensi della D.G.R. n. 79 del 06/03/2020, **Annualità 2020** e D.D. n. 7405 del 03/12/2021.

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

- a) che il beneficiario _____, si trova in condizioni di disabilità grave art. 3 comma 3 della L. 104/'92 tale da richiedere azioni di supporto previa redazione di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che contempli aspetti sociali e sanitari;

- b) che il beneficiario frequenta (ovvero ha intenzione di frequentare) il seguente Centro Socio Educativo _____

All'uopo richiede:

- Sostegno economico per il trasporto.

DICHIARA ALTRESI'

- di essere a conoscenza che l'ATS di Agnone, 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;
- di essere a conoscenza che l'ATS di Agnone, per il tramite dell'Ufficio di Piano e/o dell'Assistente Sociale, si riserva di chiedere in qualsiasi momento integrazioni alla presente domanda;
- di essere in regola con la presentazione della documentazione relativa ai precedenti programmi FNA 2017-2018-2019.

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

accredito in c/c intestato a _____

indicare eventuale cointestatario _____

IBAN BANCARIO _____

IBAN POSTALE _____

SI ALLEGANO

- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario;
- copia della Certificazione di disabilità ai sensi della Legge 104/92, art. 3, comma 3;

Luogo e data

Firma del richiedente

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 E DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui l'ATS è tenuto.

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è il II Coordinatore Responsabile dell'ATS Agnone, nella persona del Dr. Antonio Melone domiciliato per la carica in Agnone (IS), presso l'Ufficio di Piano, con sede in Largo Dante Alighieri 51.

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati è il Coordinatore/Responsabile dell'ATS Agnone, Dr. Antonio Melone.

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari per gli adempimenti previsti per legge, inclusa la completa e corretta formazione della verifica dei requisiti di legge per la concessione del beneficio FNA 2020 "Interventi in favore di persone in condizioni di disabilità grave e gravissima assistite a domicilio" Deliberazioni di G.R. n. 79 del 06/03/2020 e D.D. n. 7405 del 03/12/2021.

Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/679.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Ambito di comunicazione e diffusione

Informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad altri enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

Trasferimento dei dati personali

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

Categorie particolari di dati personali

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire all'ATS dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelano "l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona". Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'Ufficio di Piano dell'ATS Agnone, in persona del Coordinatore Responsabile Dr. Antonio Melone, all'indirizzo postale della sede legale di Agnone (IS) Largo Dante Alighieri 51 o all'indirizzo pec ambitoagnone@pec.it.

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede.

, li

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta, (in caso di persona minore di anni 16 aggiungere "in qualità di del minore nato a il)

esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** alla comunicazione dei miei dati personali d enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede.

Firma _____

MODELLO PER LE PERSONE AFFETTE DA SLA E SMA

**All'Ambito Territoriale Sociale di Agnone
Per il tramite del Comune di residenza di**

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA REGIONALE FNA
ANNUALITÀ 2020**

“FNA 2019-2021 Interventi in favore di persone in condizioni di disabilità grave e gravissima assistite a domicilio”.

D.G.R. n. 7 del 9 gennaio 2012, D.G.R. n. 79 del 06/03/2020 e D.D. n. 7405 del 03/12/2021

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

CHIEDE in qualità di:

Beneficiario diretto

oppure:

(barrare la voce che ricorre)

Familiare (care giver)

Tutore

Curatore

Amministratore di
sostegno

del _____ paziente _____ in _____ condizioni _____ di _____ disabilità
nato/a _____
prov. _____ il ____ / ____ / ____ e residente a _____ in
via _____
n. _____ c.f. _____ tel. _____ cell. _____
mail _____

di essere ammesso al Programma Attuativo “FNA 2020 - Interventi in favore di persone in condizioni di disabilità grave e gravissima assistite a domicilio” ai sensi della D.G.R. n. 79 del 06/03/2020, D.D. n. 7405 del 03/12/2021.

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 (Sclerosi Laterale Amiotrofica)

SMA (Atrofia Muscolare Spinale)

(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			

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

SAD disabili n. ore ____ settimanali

SAD anziani n. ore ____ settimanali

Assistenza Infermieristica

Home Care Premium (N.B.: la misura è compatibile con quelle previste dal Programma regionale FNA 2019-2021) n. ore _____ mensili/contributo mensile € _____.

Altro

(specificare) _____.

All'uopo richiede

(a pena di esclusione barrare una sola casella)

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).

Servizio di assistenza domiciliare (SAD) quali servizi di cura ed assistenza domiciliare sulla base del piano assistenziale personalizzato garantiti attraverso l'Ambito Territoriale Sociale (per un numero di ore variabili da un minimo di 8 ad un massimo 14 ore settimanali, per n. 52 settimane).

Rimborso quota sociale (€ 38,00 al giorno) per i ricoveri di sollievo (massimo gg. 15) in strutture regionali sociosanitarie o assistenziali, attrezzate per garantire le cure necessarie, individuate dai familiari.

DICHIARA ALTRESI'

4) di impegnarsi, a seguito di inserimento nel Programma Attuativo, a dare tempestiva comunicazione all'Ambito Territoriale Sociale di Agnone, di eventuali ricoveri, superiori a gg. 30 consecutivi, in strutture ospedaliere, extra ospedaliere o socio-sanitarie, assistenziali o riabilitative;

5) di essere a conoscenza che l'ATS di Agnone, 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;

6) di essere a conoscenza che l'ATS di Agnone, 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
(comunicare tempestivamente eventuali modifiche alle modalità di pagamento):

accredito in c/c intestato al care giver _____
indicare eventuale cointestatario _____

- IBAN BANCARIO _____
- IBAN POSTALE _____

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 _____
richiedente _____

Firma del

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Certifico io Segretario Generale che copia della presente determinazione viene affissa all'Albo Pretorio comunale nel sito web istituzionale accessibile al pubblico (art. 32. comma 1 legge 18 giugno 2009, n. 69) il giorno **27 gennaio 2022** per la pubblicazione di 15 giorni consecutivi, controfirmato dal messo comunale.

IL MESSO COMUNALE
F.to Fabio GIGLIOZZI

IL SEGRETARIO GENERALE
F.to Maria Teresa MIRALDI

Copia conforme all'originale in carta libera per uso amministrativo
Dalla Residenza Municipale, addì **27 gennaio 2022**

IL SEGRETARIO GENERALE
