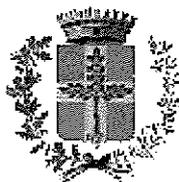


COPIA



COMUNE DI TARQUINIA
Provincia di Viterbo

**COMITATO ISTITUZIONALE DI CUI ALL'ART. 4 DELLA CONVENZIONE PER LA
GESTIONE ASSOCIATA DEI SERVIZI SOCIALI AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO VT/2**
oooooooo

Verbale di deliberazione n. 3 del 21 febbraio 2019

Oggetto: Approvazione delle linee guida sperimentali per l'erogazione dei sostegni economici – assegno di cura o contributo di cura –, prestazioni assistenziali, componente sociale, in favore di persone minorenni, adulti e anziani, con disabilità gravissima, ai sensi del Decreto Interministeriale 26 settembre 2016.

OMISSIS

(VEDI FRONTESPIZIO VERBALE N. 2 DI OGGI)

Presidente:
Sub Commissario Prefettizio
D.ssa Luciana Coretto

Segretario verbalizzante:

D.ssa Catia Mariani

Premesso che:

- la Regione Lazio, conformemente alle linee guida ministeriali e in armonia con gli indirizzi programmatici di settore, ha elaborato, con deliberazione della Giunta Regionale n. 239 del 1 agosto 2013, il programma attuativo degli interventi per la componente sociale, per l'utilizzo delle risorse provenienti dal Fondo Nazionale per le non Autosufficienze anno 2013 (FNA);
- con DGR n. 633 del 30 settembre 2014 la Regione ha, tra l'altro, reso disponibili le risorse economiche per il servizio di assistenza domiciliare integrata in favore dei soggetti con disabilità gravissima, secondo la definizione di cui al D.M. 7 maggio 2014;
- con successive determinazioni regionali sono state impegnate e ripartite a favore dei Comuni Capofila dei distretti socio-sanitari del Lazio e di Roma Capitale, le somme destinate annualmente al finanziamento dei servizi domiciliari riservati ai soggetti di cui al richiamato D.M. 7 maggio 2014;
- la Regione Lazio con D.G.R. n. 223 del 3 maggio 2016 ha definito i criteri e le modalità di erogazione dei servizi e degli interventi di assistenza alla persona, nel rispetto della legge n. 328/2000, con particolare riguardo alle prestazioni inerenti:

a) il servizio pubblico di assistenza domiciliare socioassistenziale per minorenni, persone con disabilità e persone anziane;

b) il servizio pubblico di assistenza alle persone in condizioni di grave disagio sociale;

c) gli interventi di assistenza alla persona che prevedono la scelta e l'assunzione diretta dell'assistente alla persona in favore di persone in condizioni di disabilità gravi e/o di non autosufficienza, di persone con disabilità gravissime e gli interventi per la vita indipendente in favore di persone con disabilità;

- la Legge regionale del 10 agosto 2016 n. 11 "*Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio*" ha definito il servizio di assistenza domiciliare come un insieme di prestazioni sociali rese a domicilio, finalizzate a fornire la permanenza delle persone in condizioni di necessità nel proprio ambiente oltre che ad elevare la qualità della vita delle stesse ed evitare il fenomeno dell'emarginazione sociale, favorendo i processi di deistituzionalizzazione e prevenendo processi di istituzionalizzazione.

Preso atto che:

- il Decreto interministeriale 26 settembre 2016 del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro degli affari regionali e le autonomie con delega in materia di politiche per la famiglia, ha provveduto al riparto delle risorse, per l'anno 2016, del Fondo per le non autosufficienze e - all'art. 3, comma 2 - ha definito, in via sperimentale, la persona con disabilità gravissima, ai soli fini dell'erogazione delle prestazioni assistenziali ivi previste;
- la Regione Lazio con D.G.R. n. 662 del 7 novembre 2016 ha approvato il programma di utilizzazione degli stanziamenti al fine di garantire, per l'anno 2016, il sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali includendo tra gli interventi finanziati quelli relativi alla "non autosufficienza", alla "disabilità gravissima" e quelli destinati alle persone affette da SLA e Alzheimer, nel caso in cui il deficit funzionale connesso all'evoluzione della patologia, rientri nelle condizioni di cui all'art. 3, comma 2 del menzionato decreto interministeriale;
- con determinazione n. G15088 del 15 dicembre 2016 la Regione Lazio, in attuazione della D.G.R. 662/2016, ha impegnato, a favore di Roma Capitale e degli Enti Capofila dei Distretti Socio Sanitari una somma pari al 70% dello stanziamento complessivo - a valere sull'esercizio finanziario 2017 della Regione Lazio - condizionando l'erogazione del restante 30% all'acquisizione da parte della Regione, entro il termine del 15 marzo 2017, dei dati sulle prese in carico ed erogazione delle prestazioni assistenziali domiciliari in ambito territoriale, fornite alle persone con disabilità gravissima;
- con la suddetta determinazione la Regione ha, altresì, evidenziato gli obiettivi prioritari del finanziamento degli interventi per le disabilità gravissime ed, in particolare:
 - favorire, ove possibile, la permanenza delle persone con disabilità gravissima che necessitano di un elevato livello di intensità assistenziale nel proprio domicilio,
 - promuovere un approccio assistenziale che attraverso soluzioni personalizzate che elevi la qualità della vita del paziente e del suo nucleo familiare,
 - sostenere l'impatto legato alla gestione stessa della malattia, migliorare l'appropriatezza e l'efficacia delle cure domiciliari ad alta integrazione,
 - supportare il nucleo familiare medesimo nella condivisione del carico assistenziale ed emozionale;
- nel medesimo atto, la Regione ha anche stabilito:
 - di adeguare le precedenti linee di indirizzo ed operative per l'accesso e l'erogazione delle prestazioni domiciliari di assistenza, per la parte sociale, in favore delle persone con disabilità gravissima adottate

con le determinazioni dirigenziali nn. B11355/14 e G15714/15, alle disposizioni del Decreto interministeriale 26 settembre 2016, in particolare, all'art. 3, comma 2, per quanto attiene la definizione di disabilità gravissima basata non più esclusivamente sulla patologia accertata, ma sul deficit/compromissione funzionale che ne deriva e che determina l'intensità del bisogno assistenziale;

- di richiamare gli ambiti territoriali a non attenersi più alle indicazioni contenute nella determinazione dirigenziale n. B08766/12 per l'individuazione, in fase di elaborazione del progetto di assistenza individuale (PAI), alle fasce contributive per le prestazioni domiciliari in favore dei malati di SLA nella stessa indicate, in quanto tale patologia non è più oggetto di un finanziamento statale specifico ma rientra nel novero più ampio della disabilità gravissima e, come tale, ai fini dell'accesso rileva il deficit funzionale secondo le scale di misurazione previste dal predetto decreto di riparto del Fondo per le non autosufficienze, annualità 2016;

• con successiva deliberazione della Giunta Regionale del 7 marzo 2017, n. 104, sono state approvate le *"Linee guida operative agli ambiti territoriali per le prestazioni assistenziali, componente sociale, in favore delle persone non autosufficienti, in condizione di disabilità gravissima, ai sensi del decreto interministeriale 26 settembre 2016"* che hanno recepito, in via sperimentale, la nuova definizione di disabilità gravissima - di cui al citato decreto interministeriale 26 settembre 2016 - ed hanno confermato, tra l'altro, la disciplina sistematica ed omogenea dei servizi e degli interventi sociali di cui all'allegato A della D.G.R. 223/2016, punti B.1 e C.2;

• la D.G.R. n. 104/2017, in coerenza con il richiamato D.M. 26 settembre 2016 e con la L.R. n. 11/2016, ha riconosciuto alle persone in condizioni di disabilità gravissima un contributo economico mensile denominato assegno di cura, per l'acquisto di prestazioni rese da soggetti accreditati del sistema integrato, ovvero da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia, per la durata di un anno;

• la stessa deliberazione regionale ha riconosciuto, altresì, *un contributo di cura* mensile al *caregiver* familiare, sulla base del piano personalizzato, sia per l'assistenza prestata a supporto alla persona non autosufficiente, sia con interventi di sollievo programmati o di emergenza o per la sostituzione temporanea del caregiver familiare, complementari al percorso di assistenza domiciliare (es. l'onere della quota sociale dei ricoveri di respiro eventualmente previsti nel piano di assistenza) per la durata di un anno.

Considerato che:

o l'azione, fortemente orientata ad accrescere il livello di assistenza delle persone con disabilità gravissima e supportare il cittadino e la sua famiglia nei carichi di cura, è caratterizzata dalla particolare attenzione rivolta a tutto il percorso domiciliare affinché, in un'ottica di qualità assistenziale, la persona abbia la possibilità di restare nel proprio contesto familiare e condurre una vita indipendente all'interno della collettività generale;

o obiettivo del Distretto sociale VT/2 è quello di dare attuazione ai sopra indicati indirizzi regionali e avviare le attività di competenza, per il miglioramento della qualità dell'assistenza rivolta alle persone in condizione di disabilità gravissima attraverso interventi di:

- assistenza domiciliare diretta, contributo per acquisto di prestazioni rese da soggetti accreditati del sistema integrato;

- assistenza domiciliare indiretta, contributo al pagamento delle spese per personale qualificato assunto dall'assistito;

- sostegno al familiare caregiver, contributo fisso per l'assistenza prestata a supporto alla persona non autosufficiente;

o a tal fine, si è operato con un "Gruppo di Lavoro" costituito oltre che dal personale comunale e distrettuale del settore sociale, anche dai rappresentanti delle Aziende Sanitarie Locali ed altre figure professionali;

o all'esito dei lavori del Gruppo, è stato predisposto un documento che individua le modalità operative per consentire al Distretto VT/2 di avviare procedure uniformi e condivise per l'erogazione dei sostegni economici come sopra descritti;

o i contenuti di tale documento sono stati recepiti nell'allegato sub A, *"Linee guida sperimentali per l'erogazione dei sostegni economici - assegno di cura o contributo di cura - prestazioni assistenziali, componente sociale, in favore di persone minorenni, adulti e anziani, con disabilità gravissima, ai sensi del Decreto Interministeriale 26 settembre 2016"* e nella modulistica ad esso allegata composta dal Modulo di domanda (all. 1), dalla Scheda di Valutazione (all. 2) e dal Piano di Assistenza Individuale integrato - PAI (all. 3), che costituiscono parti integranti e sostanziali della presente deliberazione;

- o il procedimento di erogazione degli interventi economici di cui trattasi, viene attivato su istanza di parte, attraverso il modello di domanda al quale deve essere allegata la certificazione sanitaria;
- o la Scheda di valutazione è lo strumento che consente di rilevare il bisogno assistenziale della persona, delineando il profilo funzionale della disabilità;
- o il Piano di Assistenza Individuale, in coerenza con l'art. 14 della Legge 328/2000, è predisposto dall'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD), composta dagli operatori dei Servizi ASL dedicati e dagli assistenti sociali dei Comuni, responsabili delle aree tematiche coinvolte (Anziani, Disabili, Minorenni) che, attraverso un programma di lavoro condiviso ed organico dell'équipe, individua il setting assistenziale più appropriato a soddisfare le esigenze dell'utente e redige il progetto degli interventi integrati da erogare, compatibili con il percorso assistenziale, eventualmente, già in atto, come previsto dalla richiamata normativa regionale;

Atteso che:

- la D.G.R. n. 104/2017 ha stabilito - al punto 11) delle Linee guida operative - i criteri di priorità per l'accesso all'assegno di cura ed ha determinato in € 800,00 l'importo mensile minimo per ciascun utente che, in sede di definizione del PAI, può essere graduato fino ad un massimo mensile di € 1.200,00 per un anno;
- al medesimo punto 11) viene determinato, altresì, in alternativa, l'importo di € 700,00 mensili, quale contributo di cura per il *caregiver* familiare, per un anno;
- le risorse economiche destinate alle persone in condizioni di disabilità gravissima, trasferite dalla Regione Lazio a questo Distretto, in attuazione del D.M. 26 settembre 2016, risultano insufficienti ad assicurare a tutti gli aventi diritto l'erogazione dell'assegno di cura per la disabilità gravissima, nei termini sopra indicati;
- tale disallineamento, potrebbe generare lunghe liste di attesa di utenti per i quali non sarà possibile programmare tempi certi per la concessione del beneficio che la Regione ha validato, con le modalità sopra riportate;
- che pertanto si ritiene opportuno dar continuità agli utenti già beneficiari dei contributi regionali in parola e di prevedere che ogni sei mesi il Gruppo di Lavoro" costituito oltre che dal personale comunale e distrettuale del settore sociale, anche dai rappresentanti delle Aziende Sanitarie Locali ed altre figure professionali, aggiorni la graduatoria dei non rientranti per insufficiente budget regionale;

Valutato che:

- nel rispetto degli obiettivi delle sopra menzionate Linee guida regionali ed in considerazione dei fondi a ciò destinati, si ritiene opportuno garantire l'assistenza ad un numero maggiore di persone con disabilità gravissima attraverso il riconoscimento di un assegno di cura nella misura fissa di € 800,00 mensili per un anno, in luogo dell'erogazione a favore di pochi utenti, di somme maggiori ed anche in considerazione del fatto che per la maggior parte degli aventi diritto, il contributo si aggiunge agli interventi assicurati dall'assistenza domiciliare pubblica;
- viene, in alternativa, riconosciuto a favore della persona con disabilità gravissima, il contributo di cura nella misura fissa di € 700,00 mensili per un anno, per il *caregiver* familiare, individuato dall'Unità Valutativa Multidisciplinare Distrettuale, in sede di definizione del PAI;
- in ossequio ai principi di equità sociale, a seguito delle domande per la concessione dei benefici in parola presentate presso il Comune di residenza, si prevede di predisporre a cura del Gruppo di Lavoro Distrettuale, una graduatoria unica distrettuale sulla base degli esiti delle valutazioni fornite dai Comuni, attraverso la scheda di cui all'allegato 2 e di prevedere che il Comune di Tarquinia, Capofila di Distretto eroghi le corrispondenti risorse finanziarie regionali per l'erogazione dei benefici economici sopra descritti agli aventi diritto inseriti nella graduatoria unica;

Visti:

- la L. 328/2000;
- le deliberazioni della Giunta Regionale n. 239/2013, n. 223/2016, n. 662/2016, n. 104/2017;
- il decreto interministeriale 26 settembre 2016;

DELIBERA

per i motivi espressi in premessa, che si richiamano integralmente

1. Di approvare le *“Linee guida sperimentali per l'erogazione dei sostegni economici – assegno di cura o contributo di cura – prestazioni assistenziali, componente sociale, in favore delle persone minorenni, adulti e anziani con disabilità gravissima, ai sensi del Decreto interministeriale 26 settembre 2016”* di cui

all'allegato sub A ed alla modulistica ad esso allegata, composta dal Modulo di domanda (all. 1), dalla Scheda di Valutazione (all. 2) e dal Piano di Assistenza Individuale integrato - PAI (all. 3), che costituiscono parti integranti e sostanziali della presente deliberazione;

2. Di stabilire, nel rispetto degli indirizzi forniti dalla Regione con la DGR n. 104/2017 per l'erogazione dei benefici economici per le persone con disabilità gravissima, di riconoscere per la durata di un anno:

- assegno di cura per l'importo mensile di € 800,00 oppure, in alternativa;
- contributo di cura per il *caregiver* familiare per l'importo di € 700,00 mensili;

3. Di prevedere, a seguito delle domande presentate presso i Comuni di residenza, la predisposizione di una graduatoria unica distrettuale, dando comunque priorità e continuità agli utenti già beneficiari dei contributi regionali in parola;

4. Di prevedere altresì che la graduatoria sia aperta, senza un termine per la presentazione delle istanze e valida anche per eventuali successivi finanziamenti in materia, e che pertanto la pubblicizzazione degli interventi in parola avvenga sui siti istituzionale dei Comuni del Distretto VT/2;

5. Di dar mandato al Gruppo di Lavoro costituito oltre che dal personale comunale e distrettuale del settore sociale, anche dai rappresentanti delle Aziende Sanitarie Locali ed altre figure professionali, di aggiornare ogni sei mesi la graduatoria dei non rientranti per insufficiente budget regionale;

6. Di demandare al Comune di Tarquinia, Capofila di Distretto l'erogazione delle corrispondenti risorse finanziarie regionali per l'erogazione dei benefici economici sopra descritti agli aventi diritto inseriti nella graduatoria unica;

7. Di dare mandato al Gruppo di Lavoro di svolgere la necessaria attività di monitoraggio e verifica delle nuove procedure che preveda la presenza, a titolo gratuito, di esperti del settore e di personale tecnico dei Comuni del Distretto e delle AA.SS.LL.;

8. Di dare atto che l'erogazione dei benefici economici, come sopra descritti, per tutti coloro che rientrano nella valutazione come disabili gravissimi, è subordinata all'accertamento dei fondi dedicati allo scopo e trasferiti al Distretto Sociale VT/2 dalla Regione Lazio.

Il Presidente pone ai voti, a norma di legge la estesa deliberazione che risulta approvata all'unanimità.

**ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE E AIUTO PERSONALE PER LE
PERSONE CON DISABILITA' GRAVISSIMA****MODULO DI DOMANDA**

(riferimenti normativi: D.G.R. Lazio n. 239/2013 - D.G.R. Lazio n. 662/2016 Determinazione del 15 dicembre 2016. n. G15088 e Determinazione del 22 dicembre 2016, n. G15629)

**Al Punto Unitario di Accesso Integrato /
Segretariato Sociale Distretto VT/2**

DA COMPILARE SE LA DOMANDA E' PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

residente nel Comune di _____ Prov. _____ CAP _____

domiciliato nel Comune di _____ Prov. _____ CAP _____

in P.zza/Via _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____ Mail _____

Codice Fiscale _____

Medico di Medicina Generale _____ Tel. _____

Chiede di accedere

- all'assegno di cura nella forma indiretta, attraverso contributo economico da corrispondere a personale debitamente formato (personale qualificato)*
- all'assegno di cura nella forma diretta, attraverso gli Organismi accreditati nel proprio territorio;*
- al contributo di cura attraverso la figura del caregiver;*

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

Codice Fiscale _____

in qualità di (barrare la casella):

familiare tutore amministratore di sostegno altro (specificare) _____

del Sig./Sig.ra _____

nato/a il _____ a _____

residente nel Comune di _____ Prov. _____ CAP _____

domiciliato nel Comune di _____ Prov. _____ CAP _____

in P.zza/Via _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____ Mail _____

Codice Fiscale _____

Medico di Medicina Generale _____ Tel. _____

(Il familiare dovrà presentarsi con delega dell'interessato corredata del documento di identità dello stesso)

Chiede di accedere

- all'assegno di cura nella forma indiretta, attraverso contributo economico da corrispondere al personale debitamente formato (personale qualificato);*
- all'assegno di cura nella forma diretta, attraverso gli Organismi accreditati nel proprio territorio;*
- al contributo di cura attraverso la figura del caregiver*

A tal fine:

- Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'Art. 76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'Art. 75 del suddetto D.Lgs.
- Informato, ai sensi dell'Art 13 D.Lgs 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati al fine di consentire l'attività di valutazione e per l'implementazione del registro di patologia; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'Art. 84 del citato D.Lgs 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di segreteria dei Servizi Sociali del Comune.

Allega alla presente domanda:

- certificazione del medico specialista di struttura pubblica;
- autocertificazione che la persona affetta da disabilità gravissima non sia ricoverata, a tempo indeterminato, presso una struttura residenziale o semi-residenziale;
- ISEE ordinario;
- l'ISEE per prestazioni agevolate di natura sociosanitaria;

Chiede che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

P.zza/Via _____ Comune _____ Prov. _____ CAP _____

Tel. _____ Cell. _____ Mail _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli artt. 81 e 82 del D.Lgs n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili per le finalità di cui alla DGR n. 104/2017, "L.R. n. 11/2016. Linee guida operative regionali agli ambiti territoriali per le prestazioni assistenziali, componente sociale, in favore delle persone in condizioni di disabilità gravissima".

Data ____ / ____ / ____

Firma

DIAGNOSI DELLE ATTUALI PRINCIPALI CONDIZIONI DI SALUTE			
Descrizione	Codice ICD10	Diagnosi Principale	Diagnosi comorbidità
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

STABILITA' CLINICA
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stabile (non variazione nei parametri valutativi)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Moderatamente instabile (lieve variazione nei parametri valutativi)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Instabile (variazione dei parametri valutativi)
DOLORE (0=assenza di dolore; 10=massimo dolore immaginabile)
0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

AUSILI IN USO NO SI

Se si, specificare il tipo di ausilio:

<input type="checkbox"/> Apparecchi per la funzione respiratoria	<input type="checkbox"/> Ausili per la cura e protezione personale	<input type="checkbox"/> Apparecchi e ortesi per l'arto
<input type="checkbox"/> Carrozine ed altri ausili per la deambulazione	<input type="checkbox"/> Orttesi per il tronco	<input type="checkbox"/> Ausili e protesi ottiche e acustiche
<input type="checkbox"/> Ausili addominali	<input type="checkbox"/> Sistemi posturali	<input type="checkbox"/> Ausili per comunicazione, informazione e segnalazione
<input type="checkbox"/> Altro _____		

VALUTAZIONE SOCIALE

Stato civile: <input type="checkbox"/> 1 celibe/nubile <input type="checkbox"/> 2 coniugato/a <input type="checkbox"/> 3 separato/a <input type="checkbox"/> 4 divorziato/a <input type="checkbox"/> 5 vedovo/a <input type="checkbox"/> 9 non dichiarato	Titolo d'istruzione conseguito: <input type="checkbox"/> 1 nessuno <input type="checkbox"/> 2 licenza elementare <input type="checkbox"/> 4 diploma media superiore <input type="checkbox"/> 5 diploma universitario <input type="checkbox"/> 6 laurea <input type="checkbox"/> 7 post laurea <input type="checkbox"/> 8 professionale <input type="checkbox"/> 9 sconosciuto	Scuola frequentata attualmente: <input type="checkbox"/> 1 dell'infanzia <input type="checkbox"/> 2 elementare <input type="checkbox"/> 3 media inferiore <input type="checkbox"/> 4 media superiore <input type="checkbox"/> 5 università <input type="checkbox"/> 6 scuola professionale <input type="checkbox"/> 7 sconosciuta
--	--	---

Certificazioni e assegni d'invalidità o pensioni			
Invalidità civile SI <input type="checkbox"/> _____ %		NO <input type="checkbox"/> domanda in corso dal _____	
Pensione d'invalidità <input type="checkbox"/>	Pensione di Reversibilità <input type="checkbox"/>	Legge '68/99 <input type="checkbox"/>	
Indennità di accompagnamento <input type="checkbox"/>	Legge 104/92: Art. 3 com. 1 <input type="checkbox"/>	Art. 3 com. 3 <input type="checkbox"/>	
Invalidità INAIL <input type="checkbox"/> _____			
Cieco assoluto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Sordomuto
			SI <input type="checkbox"/>
			NO <input type="checkbox"/>
Minore in difficoltà	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Minore ipoacusico	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Indennità di frequenza SI <input type="checkbox"/> _____ %		NO <input type="checkbox"/> domanda in corso dal _____	
Certificazione L. 104/92 ai fini dell'integrazione scolastica			SI <input type="checkbox"/>
			NO <input type="checkbox"/>
Altro _____			

Necessità di accompagnatore per deambulare	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Necessità di assistenza continua	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> Persona responsabile per sé	<input type="checkbox"/> Persona con amministratore di sostegno	<input type="checkbox"/> Persona inabilitata	<input type="checkbox"/> Persona interdetta
--	---	--	---

CONTESTO FAMILIARE

Punteggio Max 30 punti

Il Disabile adulto vive:		
Con un familiare convivente con disabilità o problematiche di natura psichiatrica o di dipendenza	30	
Solo con minore/i	30	
Solo	30	
Solo con personale qualificato	25	
Con un solo familiare adulto e minori	20	
Con un solo familiare adulto	15	
Con un familiare adulto e personale qualificato o con più familiari adulti	10	
Il Disabile minorenne vive con:		
Genitore unico con attività lavorativa	30	
Genitori entrambi lavoratori di cui almeno uno a rischio perdita di lavoro	20	
Presenza nel nucleo familiari con invalidità civile riconosciuta al di sopra del 75%	20	
Presenza di altri minori in famiglia	10	
Genitori entrambi lavoratori	10	

PARTICOLARI CONDIZIONI SOCIALI E RELAZIONALI DEL NUCLEO FAMILIARE

(Punteggio max = 25)

- Presenza all'interno del nucleo familiare di situazioni conflittuali/relazionali tali da pregiudicare la condizione psico-fisica del disabile e/o presenza di provvedimenti dell'autorità giudiziaria a tutela di uno o più componenti del nucleo familiare (ad es. affidamento al servizio sociale, amministratore di sostegno) **(punti 5)**
- Presenza di gravi difficoltà dei componenti il nucleo familiare relativamente all'igiene personale del disabile Impedimenti all'assistenza a favore del disabile da parte di un familiare per motivi di lavoro e/o salute dovuti alla stretta sussistenza del nucleo **(punti 5)**
- Assenza/carenza di rete informale di supporto: rete parentale, amicale, vicinato, volontariato, ecc.; condizioni di grave isolamento e/o degrado del contesto esterno alla famiglia **(punti 5)**
- Altro - da specificare **(punti da 0 - 5 -10)**

Totale Punteggio: |_|_|

Situazione familiare (Nucleo Familiare: Famiglia ristretta e Famiglia allargata)										
	Cognome e Nome	Parentela ¹	Età	Professione	Indirizzo e Telefono	Lontananza ²	Intensità attivazione attuale *	si occupa di ³		
								ADL	IADL	Supervisione
1										
2										
3										
4										
5										
Altre persone attive (compreso personale privato)										
1										
2										
3										
Servizi attivati (sociali e sanitari)										
1										
2										

¹ Valori da inserire: 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, C = convivente.

² Valori da inserire: V = immediate vicinanze, 15 = entro 15 minuti, 30 = entro 30 minuti, 60 = entro 1 ora, O = oltre 1 ora.

* Indicare il numero di giorni a settimana (da 0 a 7) in cui la persona è presente nell'assistenza.

³ Indicare, barrando la casella corrispondente, se si occupa di ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti), IADL (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia), supervisione (diurna e/o notturna)

FREQUENZA DEGLI ACCESSI								
Ente/Associazione; tipologia servizio/attività; personale qualificato		L	MA	ME	G	V	S	D
Terapista Occup.le								
MMG								
Medico specialista								
Infermiere professionale								
OSS (ASL)								
Fisioterapista								
Personale qualificato								
Caregiver								
Volontari								
Psicologo								

SITUAZIONE POST RICOVERO		
Persona rientrata al proprio domicilio da struttura residenziale socio-sanitaria/riabilitativa Data dimissioni : ___/___/___ (non antecedente oltre 30 giorni dalla data del presente documento)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> NO

SITUAZIONE ECONOMICA/ISEE		
Assegno - pensione invalidità civile		<input type="checkbox"/>
Indennità di accompagnamento		<input type="checkbox"/>
Assegno - pensione invalidità INPS Categoria: _____ n. pensione: _____		<input type="checkbox"/>
Altre pensioni		<input type="checkbox"/>
Reddito da lavoro		<input type="checkbox"/>
Altri redditi		<input type="checkbox"/>
Indennità di frequenza		<input type="checkbox"/>
Nessuna risorsa		<input type="checkbox"/>
SPESA FISSA PER AFFITTO O MUTUO:		
ISEE Ordinario	VALORE ANNUO	
ISEE (socio-sanitario)	VALORE ANNUO	

INTERVENTI DI SERVIZIO SOCIALE		
Utente beneficiario dell'assistenza domiciliare in carico al Comune _____		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Tipologia di assistenza		Budget mensile €
<input type="checkbox"/> diretta (Organismo _____)		
<input type="checkbox"/> indiretta		

PUNTEGGIO ISEE (Punteggio max = 20+5)

ISEE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	€ 0,00 € 13.000,00 Punti 20	€ 13.001,00 € 25.000,00 Punti 15	€ 25.001,00 € 35.000,00 Punti 10	€ 35.001,00 € 50.000,00 Punti 5	oltre € 50.000,00 Punti 0

Ulteriori informazioni		Punteggio 5
<input type="checkbox"/>	Spese fisse (Spese sanitarie, ausili per disabili, addetti all'assistenza personale, ecc)	Se incidono oltre il 10% dell'indicatore ISEE

N.B.

Per l'accesso agevolato ai servizi e alle prestazioni socio-sanitarie, deve essere utilizzato:

- (1) per le persone in età evolutiva → l'ISEE **minorenni**, calcolato secondo quanto previsto nell'art. 7 del DPCM 159/2013 e s.m.i. (*Prestazioni agevolate rivolte ai minorenni*). L'ISEE **minorenni** è l'indicatore per le prestazioni sociali agevolate rivolte a beneficiari minorenni, ovvero motivate dalla presenza di componenti minorenni nel nucleo familiare.
- (2) Se i genitori del figlio minorenni sono coniugati tra loro l'ISEE **minorenni** coincide con l'ISEE **ordinario**; per le persone in età adulta → l'ISEE per prestazioni agevolate di natura **sociosanitaria**, calcolato secondo quanto previsto nell'art. 6 del DPCM 159/2013 e s.m.i.

VALUTAZIONE SOCIALE - SINTESI FINALE
(Valutazione conclusiva, valida per l'accesso al contributo - assegno di cura e/o servizio)

AREE VALUTATE		PUNTEGGIO	MAX PUNTEGGIO
1.	CONTESTO FAMILIARE		30
2.	SITUAZIONE FAMILIARE e RELAZIONALE		25
3.	CONDIZIONE AMBIENTALE		10
4.	SITUAZIONE ECONOMICA (Isec + spese)		20+5=25
5.	SITUAZIONE POST RICOVERO		10
	TOTALE		100

PROPOSTA DI MODALITÀ DI EROGAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIO SANITARI:

Assistenza socio assistenziale in forma indiretta/ diretta

- Assegno di cura: nella forma indiretta, attraverso un contributo economico da corrispondere a personale qualificato scelto dall'utente o dalla famiglia (personale qualificato);
 nella forma diretta, attraverso la libera scelta di un Organismo accreditato nel territorio di residenza;

Contributo di cura: : attraverso l'individuazione di una persona che assicura le funzioni di *caregiver*:

Assistenza Medica

Assistenza Infermieristica

Assistenza Riabilitativa

Interventi di Servizio Sociale

L'EQUIPE VALUTATIVA				
	Pronto Professionale	Struttura afferenza	Cognome e Nome (leggibile)	Firma
1				
2				
3				
4				
5				
6				
Data		_ _	_ _	_ _ _ _
		gg	mm	anno

**PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE
SOCIO-SANITARIO A FAVORE DELLE PERSONE CON
DISABILITA' GRAVISSIME**

SIG.ra / Minore _____

Codice: _____

DATA P.A.I. _____

1° piano di intervento piano successivo

Tale programma tende al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita attraverso il concorso di interventi di carattere sanitario, socio assistenziale e socio sanitario;
- Assicurare il servizio di aiuto personale, in Integrazione con le risorse personali, familiari e sociali dell'utente;
- Favorire la partecipazione sociale;
- Sostenere i familiari della persona affetta da disabilità gravissima;
- Altro

ATTIVITA' SOCIO SANITARIE

REFERENTE FAMILIARE _____ tel. _____

CASE MANAGER _____ tel. _____

CAREGIVER _____ tel. _____

SERVIZI COINVOLTI _____

STRUMENTI DI VALUTAZIONE UTILIZZATI:

SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE INTERDISCIPLINARE

- ADL
- IADL
- SPMSQ
- BARTHEL
- ALS-FRS
- MCR score
- QL -Index
- SDS
- TEST STAND. DEGLUTIZ.
- VALUTAZIONE INCESTA
- ALTRO (PRECISARE):

CADENZA DEGLI ACCESSI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE RITENUTA CONGRUA

<input type="checkbox"/> OGNIGIORNI	<input type="checkbox"/> SETTIMANALE	<input type="checkbox"/> QUINDICINALE	<input type="checkbox"/> MENSILE
---	--------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------

CADENZA DEGLI ACCESSI EQUIPE VALUTATIVA PER EVENTUALE RIMODULAZIONE

<input type="checkbox"/> MENSILE	<input type="checkbox"/> OGNI 2 MESI	<input type="checkbox"/> TRIMESTRALE	<input type="checkbox"/> ALTRO
----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------

VISITE SPECIALISTICHE DA ATTIVARE CON PERIODICITÀ:

SPECIALISTA		
PERIODICITÀ		

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

1. Broncoaspirazione /drenaggio posturale		10. Prelievi venosi periodici programmati	
2. Ossigeno terapia LT		11. Prelievi occasionali	
3. Gestione Tracheostomia		12. ECG periodico	
4. Gestione alimentazione artificiale		13. Gestione catetere venoso centrale	
5. Cateterismo vescicale		14. Trattamento riabilitativo	
6. Gestione stomia		15. Interventi di educazione terapeutica	
7. Clisteri		16. Terapia sottocut./intramusc.	
8. Terapia infusione venosa		17. Altro, specificare sotto	
9. Cura per ulcere cutanee		18.	

Dettagliare tipo di prestazione e frequenza:
Programma settimanale

	Lunedì Orario	Martedì Orario	Mercoledì Orario	Giovedì Orario	Venerdì Orario	Sabato Orario	Domenica Orario	Totale ore

ASSISTENZA RIABILITATIVA

Preced. FKT stessa patologia: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO - data fine ultimo trattam. _____	
NECESSITA' VALUTAZIONE CARDIOLOGICA prima della FKT: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
OBIETTIVI DELL'INTERVENTO RIABILITATIVO IN RELAZIONE ALLA SITUAZIONE ATTUALE DEL PAZIENTE ED ALLA SUA STORIA	
Recupero funzione perduta o ridotta	Prevenzione anchilosi
Sviluppo strategie compensazione	Educazione utilizzo protesi/ausili
Stabilizzazione disab. e prevenz. Progressione	altro
Fattori ostacolanti la FKT	
Disturbi cognitivi presenti	Mancanza collaborazione familiare

Disturbi comportamento presenti		Ambiente inadatto (barriere etc.)	
Prestazioni			
Rieducazione motoria globale		Massoterapia	
Rieducazione motoria segmentale		Training all'uso di protesi	
Mobilizzazione articolazioni		Esercizi respiratori	
Esercizi posturali		Rieducazione alla tolleranza allo sforzo	
Training deambulatori			
DURATA PREVISTA			
4SETT.		6 SETT.	
		8 SETT.	
			12 SETT.
FREQUENZA ACCESSI SETTIMANALI			
2 acc/sett		3 acc/sett	
		5 acc/sett	
			altro

PRESCRIZIONE PROTESICA (specificare cosa):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

RILASCIO CERTIFICATI (per _____)

Altro

L'assistenza domiciliare socio assistenziale è realizzata nelle seguenti forme:

- forma indiretta (personale qualificato);
- forma diretta (Organismo accreditato);
- Caregiver;

Tipologia degli interventi Socio Assistenziali:

- Aiuto nella cura della persona (sollevamento dal letto alla carrozzina e viceversa, aiuto nel lavarsi, vestirsi, svestirsi, aiuto per la doccia o il bagno, eventuale cambio del pannolone, aiuto nella deambulazione, somministrazione dei pasti).
- Aiuto nella cura del proprio ambiente personale (pulizia ambienti utilizzati dall'utente, acquisto generi prima necessità e preparazione dei pasti).
- Disbrigo pratiche.
- Altri interventi personalizzati elaborati in fase di valutazione e programmazione:

Sintesi degli interventi e loro frequenza:

Programma settimanale

	Lunedì Orario	Martedì Orario	Mercoledì Orario	Giovedì Orario	Venerdì Orario	Sabato Orario	Domenica Orario	Totale ore
mmg								
Medico specialista								
Infermiere professionale								

OSS (ASL)								
fisioterapista								
Assistente Sociale								
Personale Qualificato								
Caregiver								
Volontari								

L'utente e/o i suoi familiari si impegnano a concordare con il Servizio Sociale e Socio Sanitario eventuali variazioni di programma.

Ai sensi del D.Lgs.196/03, si informa l'utente che i dati acquisiti sono utilizzati dal SERVIZIO SOCIALE del Distretto VT/2 per le finalità strettamente connesse all'esecuzione del servizio.

Titolare del trattamento è il Comune di

I dati saranno conservati all'interno dell'archivio cartaceo ed informatico del Servizio Sociale e potranno essere comunicati ad uso interno dell'Amministrazione Comunale e all'ente gestore del servizio. Non sono ammesse altre forme di diffusione dei dati raccolti.

Si informa inoltre che - in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 13 del citato D.Lgs. 196/03 - l'utente ha il diritto di conoscere, aggiornare, cancellare i dati personali e di opporsi all'utilizzo degli stessi qualora siano stati trattati in violazione di legge.

La sottoscrizione della presente informativa ha valore di consenso al trattamento dei dati.

FIRMA UTENTE O FAMILIARE _____

Referenti	Firma
Assistente Sociale/Funziionario Servizio Sociale del Comune	
Operatori Sociali e Sanitari del Servizio ASL Viterbo	
*Utente e/o familiare/Tutore/Amministratore di Sostegno n.b. qualora venga erogata l'assistenza nella forma indiretta è necessario che l'interessato sottoscriva anche l'atto d'impegno per la realizzazione del piano individuale di aiuto gestito in forma indiretta	
Data	

**CERTIFICAZIONE SANITARIA PER L'ACCESSO AGLI INTERVENTI SOCIO-
ASSISTENZIALI**

IN FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVISSIME

(a corredo della domanda allegato 2)

Ai sensi del Decreto MLPS del 26.09.2016

"Riparto delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le non autosufficienze"

(a cura del Medico specialista di struttura pubblica)

Si certifica che il/la

Sig./Sig.a _____

Nato/a a _____ (____) il _____

Residente in _____

via/piazza _____

È affetto da _____

Diagnosi

Codice ICD 10

rientra in una delle condizioni di seguito riportate, così come documentato dalla/e Scala/e di riferimento allegata/e:

- a) Persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10 ;
- b) Persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c) Persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 ;
- d) Persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
- e) Persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;
- f) Persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;
- g) Persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- h) Persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 8 ;

- i) Ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

DATA _____

TIMBRO E FIRMA
Medico specialista di struttura pubblica

**Scale per la valutazione della condizione di disabilità gravissima
(da compilare a cura del Medico specialista di struttura pubblica)**

(Decreto MLPS del 26.09.2016 art. 3 § 2)

G.U. 280 serie generale del 30.11.2016

GLASGOW COMA SCALE (articolo 3, comma 2, lettera a)

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

Apertura occhi	Spontanea	4
	Agli stimoli verbali	3
	Solo al dolore	2
	Nessuna risposta	1
Risposta verbale	Orientata appropriate	5
	Confusa	4
	Con parole inappropriate	3
	Con parole incomprensibili	2
	Nessuna risposta	1
Risposta motoria	Obbedisce al comando	6
	Localizza gli stimolo 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

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

www.asia.spinalinjury.org/clearing/ASIA_ISCOS_high.pdf

A= Completa	Deficit sensitivo e motorio completo a livello S4-S5
B= Incompleta	Deficit motorio completo con conservazione della sensibilità al di sotto del livello neurologico che include S4-S5
C= Incompleta	La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e più della metà dei muscoli chiave ha una validità inferiore a 3
D= Incompleta	La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e almeno la metà dei muscoli chiave ha una validità uguale o superiore a 3
E= Normale	Nessun deficit neurologico (non ipovalidità muscolare, sensibilità integra, non disturbi sfinterici ma possibili alterazioni dei riflessi)

CLINICAL DEMENTIA RATING SCALE (CDR) estesa (articolo 3, comma 2, lettera C)

Huges CP, Berg L, Danziger WL, et al (1982) A new clinical scale for the staging of dementia. British Journal of Psychiatry, 140, 566-572

	NORMALE CDRO	DEMENTIA DUBBIA CDR 0.5	DEMENTIA LIEVE CDR 1	DEMENTIA MODERATA CDR 2	DEMENTIA GRAVE CDR 3
Memoria	Memoria adeguata o smemoratezza occasionale	Lieve smemoratezza permanente; parziale rievocazione di eventi	Perdita memoria modesta per eventi recenti; interferenza attività quotidiane	Perdita memoria severa: materiale nuovo perso rapidamente	Perdita memoria grave; rimangono alcuni frammenti
Orientamento	Perfettamente orientato		Alcune difficoltà nel tempo; possibile disorientamento topografico	Usualmente disorientamento temporale, spesso spaziale	Orientamento solo personale
Giudizio soluzione problemi	Risolve bene i problemi giornalieri; giudizio adeguato rispetto al passato	Dubbia compromissione nella soluzione di problemi: analogia differenze	Difficoltà moderata nell'esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale adeguato	Difficoltà severa nell'esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale compromesso	Incapace di dare giudizi o di risolvere problemi
Attività sociali	Attività indipendente e livelli usuali nel 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, via domestica ridotta a funzioni semplici	Nessuna funzionalità fuori dalla propria camera
Cura personale	Interamente capace di curarsi della propria persona	Richiede facilitazione	Richiede aiuto per vestirsi, igiene, utilizzazione effetti personali	Richiede mola assistenza per cura personale; non incontinenza urinaria	Richiede mola assistenza per cura personale: incontinenza urinaria
CDR 4 DEMENTIA 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 DEMENTIA TERMINALE					
Il paziente richiede assistenza totale perché completamente incapace di comunicare, in stato vegetativo, allettato, incontinente.					

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 spaziale 3.Giudizio e astrazione 4Attività 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 dalla memoria. Se almeno tre o più categorie secondarie ottengono un valore più alto o più basso della memoria, allora il punteggio della CDR corrisponde a quello ottenuto dalla 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.

Bilancio muscolare complessivo alla scala Medical Research Council (MRC)

(articolo 3, comma 2, lettera e)

Forza muscolare

La forza muscolare nei vari distretti muscolari viene valutata con la scala MRC 8valori 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

Expanded Disability Status SCALE (EDSS) (articolo 3, comma 2, lettera e)

Punteggio EDSS	Caratteristiche cliniche
1 -3.5	Paziente deambulante, ma sono presenti deficit neurologici evidenti in diversi sistemi funzionali (motorio, sensitivo, cerebrale, visivo, sfinterico) di grado lieve-moderato, con un impatto parziale sull'autonomia
4	Paziente autonomo, deambulante senza aiuto e senza riposo per circa 500 mt
4.5	Paziente autonomo, con minime limitazioni dell'attività quotidiana. Deambulazione possibile, senza aiuto e senza riposo, per circa 300 mt
5	Paziente non del tutto autonomo, con moderate limitazioni dell'attività completa quotidiana. Deambulazione possibile, senza aiuto e senza riposo, per circa 200 mt
5.5	Paziente non del tutto autonomo, con evidenti limitazioni dell'attività quotidiana. Deambulazione possibile, senza aiuto e senza riposo, per circa 100 mt
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. E' obbligato all'uso della carrozzella e può aver bisogno di aiuto per trasferirsi dalla sedia.
8	Paziente che è obbligato a letto non per tutta la giornata o sulla carrozzella. In genere usa bene una o entrambe le braccia.
8.5	Paziente essenzialmente obbligato a letto. Mantiene alcune funzioni di autoassistenza con l'uso abbastanza buono di una o entrambe le braccia.
9	Paziente obbligato a letto e dipendente. Può solo comunicare e viene alimentato
9.5	Paziente obbligato a letto, totalmente dipendente
10	Morte dovuta alla malattia

Scala di Hoehn e Yahr (articolo 3, comma 2, lettera e)

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

Stadio 1: Malattia unilaterale.

Stadio 2: Malattia bilaterale senza coinvolgimento dell'equilibrio.

Stadio 3: Malattia da lieve a moderata, qualche instabilità posturale indipendente.

Stadio 4: Malattia conclamata, ancora in grado di deambulare autonomamente.

Stadio 5: Paziente costretto a letto o in sedia a rotelle.

LAPMER -Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (articolo 3 comma2, lettera h)

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 specifico 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
	Atterramento 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 a rotelle	0
	Si trasferisce nell'ambiente	1
Orientamento spaziale	Non ha orientamento spaziale	0
	Si orienta in ambienti familiari	1
	Si orienta al di fuori del suo ambiente familiare (casa, reparto assistenziale)	2
Prassie	Nessuna prassia, oppure movimenti a finalistici e stereotipati	0
	Realizza prodotti plastici o grafici (incastra, connette, plasma e colora) oppure pilota una carrozzina manualmente	1
	Disegna o pilota una carrozzina elettrica	2

Spettro Autistico. Livello di gravità DSM-5 (articolo 3, comma 2, lettera g)

LIVELLO DI GRAVITA'	COMUNICAZIONE SOCIALE	INTERESSI RISTRETTI E COMPORTAMENTI RIPETITIVI
Livello 3 Richiede supporto molto significativo	Gravi deficit delle abilità di comunicazione sociale, verbale e non verbale, causano gravi compromissioni del funzionamento; iniziativa molto limitata nell'interazione sociale e minima risposta all'iniziativa altrui.	Rituali fissi e/o comportamenti ripetitivi interferiscono in modo marcato con il funzionamento in tutte le aree. Marcato stress quando i rituali o le routine sono interrotti. Grande difficoltà nel distogliere il soggetto dal suo focus di interesse e, se ciò avviene, egli torna rapidamente ad esso.
Livello 2 Richiede supporto significativo	Deficit marcati delle abilità di comunicazione sociale verbale e non verbale; compromissioni sociali visibili anche in presenza di supporto; iniziativa limitata nell'interazione sociale e ridotta o anomala risposta all'iniziativa degli altri.	Rituali fissi e/o comportamenti ripetitivi sono sufficientemente frequenti da essere evidenti a un osservatore casuale e interferiscono con il funzionamento in diversi contesti. Stress o frustrazione appaiono quando sono interrotti e risulta difficile ridirigere l'attenzione.
Livello 1 Richiede	In assenza di supporto, i deficit della comunicazione sociale causano	Rituali e comportamenti ripetitivi causano interferenze significative in uno

supporto	impedimenti che possono essere notati. Il soggetto ha difficoltà ad avviare interazioni sociali e mostra chiari esempi di risposte atipiche o infruttuose nella risposta alle iniziative altrui. Può sembrare che abbia un ridotto interesse nell'interazione sociale.	o più contesti. Il soggetto resiste ai tentativi da parte degli altri di interromperli. Difficoltà nel passare da un'attività all'altra.
----------	--	--

Altre persone in condizione di dipendenza vitale (articolo 3, comma 2, lettera i)

1. Le persone con disabilità gravissima, in condizione di dipendenza vitale, oltre a quelle identificate dall'articolo 3, comma 2 lettere a e h, sono individuate mediante la valutazione del livello di compromissione della funzionalità, indipendentemente dal tipo di patologia e/o menomazione, attraverso la rilevazione dei domini:

- a) Motricità
- b) Stato di coscienza
- c) Respirazione
- d) 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
- e) Respirazione
 - Necessità di aspirazione quotidiana
 - Presenza di tracheotomia
- 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 (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 2 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 e) e d) del medesimo comma 1.

**ATTO D'IMPEGNO
PER LA REALIZZAZIONE DEL PIANO INDIVIDUALE DI AIUTO GESTITO IN FORMA
INDIRETTA A FAVORE DEGLI UTENTI AFFETTI DA PATOLOGIE
GRAVISSIME**

Premessa

Verificata la disponibilità di idonee risorse economiche, viene definito un piano d'intervento concordato e condiviso con i Servizi sodali del Distretto VT/2, i Servizi della ASL, dalla persona interessata e/o dai familiari o chi ne fa le veci. Il piano deve essere specifico per i bisogni da soddisfare, prevedibilmente efficace, di tutela della parte più debole, di aiuto a superare stati di dipendenza. Nella definizione del piano viene stabilita di comune accordo la modalità di attuazione dell'intervento: indiretta – caregiver.

E' possibile accedere a forme di assistenza indiretta quando il progetto personalizzato richiede prestazioni inerenti il superamento di stati di non autosufficienza, relativi a situazioni personali che impediscono lo *svolgimento di una o più funzioni essenziali della vita* (cura e mantenimento del proprio corpo, interventi nella sfera motoria e sensoriale, interventi per l'alimentazione, per l'igiene della persona e dell'ambiente di vita, per la mobilità e di supporto nello svolgimento delle attività di ordine materiale in ambito familiare).

Pertanto:

- Tutti gli utenti affetti da *“patologie gravissime”* possono accedere alla modalità di assistenza indiretta per tutti gli interventi riferiti al superamento di stati di non autosufficienza che hanno l'effetto di limitare la persona nello svolgimento di funzioni essenziali della vita. Tale possibilità - ovviamente subordinata alla disponibilità di idonee risorse finanziarie - sarà concordata con il Servizio Sociale comunale sulla base di un progetto personalizzato e condiviso dalla persona interessata e/o dai familiari e dal competente servizio della ASL.

Preso atto di quanto sopra esposto:

Il/La sottoscritto/a
nato/a a il
domiciliato/a in via
tel.

ha presentato una richiesta di fruizione di un servizio di aiuto personale in forma indiretta, ai sensi della D.G.R. Lazio 239/2013.

Il Distretto VT/2 nel rispetto della normativa vigente e verificata la disponibilità di idonee risorse economiche, con Determinazione Dirigenziale n del ha autorizzato l'accesso al servizio di aiuto personale attraverso il rimborso mensile omnicomprensivo di €

Pertanto il sottoscritto si impegna ad utilizzare tale somma concessa dall'Amministrazione quale aiuto economico per l'assistenza alla persona in forma indiretta così come di seguito specificato.

Il Servizio di aiuto alla persona gestito in forma indiretta viene realizzato secondo il piano di aiuto personale preventivamente concordato e firmato dal Distretto VT/2, dalla ASL e dal sottoscritto e gestito in forma indiretta, con verifica dell'efficacia delle prestazioni.

Sulla base di tale programma - sottoscritto prima dell'adozione della citata Determinazione Dirigenziale autorizzativa - il Distretto VT/2 corrisponde in via posticipata la somma di €, comprensiva di ogni onere correlato al servizio, quale rimborso per la spesa sostenuta dall'utente per l'assistenza nella forma indiretta.

Il sottoscritto si impegna a presentare, con cadenza mensile, la rendicontazione delle spese sostenute. Il Distretto VT/2 a seguito di verifica della documentazione provvede alla erogazione del rimborso con cadenza mensile.

Inoltre:

1. il sottoscritto è libero di scegliere i propri personale qualificato direttamente e/o indirettamente, per mezzo di organizzazioni di sua fiducia;
2. è informato ed accetta che il rimborso non verrà erogato per i rapporti di lavoro instaurati con i familiari indicati all'articolo 433 codice civile nonché i conviventi;
3. si impegna a regolarizzare il rapporto con i propri personale qualificato familiari mediante un contratto di lavoro di categoria nel rispetto della normativa vigente;
4. si impegna a definire un protocollo operativo scritto concordato con gli personale qualificato da presentare al Servizio Sociale del Comune di residenza;
5. accetta che sia a proprio carico *ogni onere assicurativo, previdenziale e assistenziale* riguardante gli personale qualificato impegnati nelle attività assistenziali, fornendo la necessaria documentazione probatoria al Servizio Sociale del Comune di residenza;
6. si impegna stipulare idonea polizza assicurativa RCT a favore degli personale qualificato impegnati nel servizio, sollevando l'Amministrazione comunale da ogni onere e responsabilità relativamente all'osservanza di disposizioni di legge e regolamenti e per qualsiasi azione od omissione;
7. si impegna a non destinare le risorse economiche ottenute ad altri scopi diversi dai servizio di cui al presente atto.

Il sottoscritto riconosce al Servizio Sociale del Comune di residenza il pieno esercizio di vigilanza e controllo sull'osservanza del presente atto d'impegno.

Il sottoscritto infine accetta che, al verificarsi di eventuali proprie inadempienze di cui ai punti 2, 3, 4, 5, 6, 7, il Servizio Sociale del Comune di residenza gli contesti per iscritto tali inadempienze, assegnando un termine per la loro giustificazione. Trascorso tale termine, l'Amministrazione, a seguito di valutazione delle stesse, se del caso, si riserva di procedere alla revoca dell'autorizzazione al servizio ed al recupero delle somme eventualmente erogate e non giustificate.

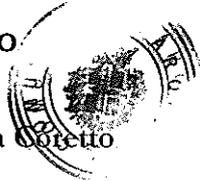
Comune di

Firma

Letto, approvato e sottoscritto.

IL SUB COMMISSARIO
Comune Capofila

f.to Dott.ssa Luciana Corretto



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE

f.to Dott.ssa Catia Mariani

Per copia conforme all'originale per uso amministrativo.

Tarquinia, 22 FEB. 2019



IL RESPONSABILE UFFICIO DI PIANO

(Dott.ssa Catia Mariani)

.....
Catia Mariani

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che il sueseso verbale di deliberazione viene affisso all'Albo Pretorio del Comune di Tarquinia

Dal 22 FEB. 2019 Al 29 MAR. 2019

Tarquinia, 22 FEB. 2019



IL SEGRETARIO GENERALE

(Dott. Eduardo Fusco)

.....
Eduardo Fusco