

# **Consorzio Intercomunale dei Servizi e Interventi Sociali**

## **“Valle del Tevere”**

**Codice Fiscale 97874100585**

*Comuni di Campagnano di Roma, Capena, Castelnuovo di Porto, Civitella San Paolo, Fiano Romano, Filacciano, Formello, Magliano Romano, Mazzano Romano, Morlupo, Nazzano, Ponzano Romano, Riano, Rignano Flamini, Sacrofano, Sant'Oreste, Torrita Tiberina*

### **AVVISO PUBBLICO**

**PER LA CONCESSIONE DI “ASSEGNI DI CURA” PER IL FINANZIAMENTO DI PIANI ASSISTENZIALI INDIVIDUALI DI ASSISTENZA INDIRETTA FINALIZZATI ALL’ ATTUAZIONE DELLA COMPONENTE SOCIALE DI PRESTAZIONI ASSISTENZIALI INTEGRATE E COMPLESSE IN FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI CON DISABILITA’ GRAVISSIMA  
(D.G.R. 239/13 e Determinazione Regionale n. G 15714 del 14/12//2015)  
SCADENZA 14.10.2016**

Vista la Determina Regionale n. G15714 del 14 dicembre 2015 recante “Linee guida operative agli ambiti territoriali per l’attuazione, componente sociale, di prestazioni assistenziali integrate e complesse in favore delle persone non autosufficienti con disabilità gravissima, di cui alla determinazione n. G11355/2014”

#### **SI RENDE NOTO**

Che sono aperti i termini per la presentazione delle domande per la concessione di un “Assegno di Cura” destinato al rimborso di forme di assistenza domiciliare, da gestirsi in forma indiretta, per lo svolgimento di attività di aiuto e supporto alle persone in condizione di disabilità “**gravissima**”, specificando che “la persona con disabilità gravissima” è la persona che, presentando un deficit grave e completo, dipende, in tutto o in parte, da un accudente per vedere assicurate:

- le funzioni “vitali”: respirazione, nutrizione, evacuazione/minzione;
- le funzioni “primarie”: cura del sé (mobilitazione, alzarsi, vestirsi, lavarsi, muoversi nello spazio circostante, alimentarsi, comunicare con gli altri);
- la vita relazionale: intesa come cura dell’ambiente di vita, capacità di gestione dello stesso e vita sociale.

Il presente avviso pubblico prevede l’assegnazione di un “**Assegno di Cura**” a rimborso di **massimo € 700,00 mensili**, per un totale di n. 12 mesi, in base alle disponibilità del fondo regionale destinato per tali interventi, che sarà erogato a seguito del ricevimento delle fatture che attestino le spese sostenute. Saranno liquidati pertanto gli importi riportati nelle fatture attestanti l’effettiva spesa sostenuta e comunque somme non superiore a € 700,00 mensili.

#### **Finalità e tipologie di prestazioni ammesse al finanziamento**

Ai sensi della D.G.R. 239/13, saranno finanziati interventi in forma di **assistenza domiciliare**, da gestire in forma indiretta, che avranno la finalità di favorire la permanenza del disabile gravissimo presso il proprio domicilio, promuovendo l’appropriatezza e l’efficacia delle cure domiciliari ad alta integrazione socio-sanitaria in un’ottica di supportare il nucleo familiare alleggerendone i compiti assistenziali.

#### **Destinatari**

I destinatari delle prestazioni assistenziali, previste dal presente avviso, sono persone residenti in uno dei comuni consorziati e affette da disabilità gravissime, fatta esclusione per le persone affette da SLA e da Alzheimer, per le quali la D.G.R.239/13 riserva fondi specifici.

A titolo meramente esemplificativo e non esaustivo, saranno destinatari di tali interventi:

- persone di qualsiasi età affette da malattie del motoneurone, esclusa la SLA, e malattie neurodegenerative, con esclusione dell'Alzheimer tranne che nella fase più avanzata dell'evoluzione della patologia;
- persone di qualsiasi età in stato vegetativo che consegue a coma indotto da gravi cerebrali lesioni acquisite, cioè ad eventi di natura traumatica, vascolare, anossica o infettiva o da noxae acquisite;
- ~~persone con altre patologie che comportano comunque la dipendenza vitale e la necessità di assistenza continua (es Corea di Huntington, forme gravi di distrofia e miopatia, sclerosi multipla, Locked in ecc).~~

#### **Utenti già beneficiari del medesimo intervento/continuità**

Coloro ai quali è già stato riconosciuto, a seguito di precedente avviso pubblico, il medesimo intervento oggetto del presente avviso, saranno tenuti a presentare all'Ufficio di Piano del Consorzio "Valle del Tevere" una richiesta di continuità dell'intervento, mediante il modello allegato al presente avviso (All.A1).

Le domande di continuità potranno essere inviate sin dal giorno successivo alla pubblicazione del presente avviso a seguito delle quali sarà garantita la continuità dell'intervento.

La richiesta di continuità dell'intervento dovrà contenere l'accettazione esplicita di tutte le condizioni e prescrizioni previste dal presente avviso nonché l'entità del rimborso previsto, denominato "Assegno di Cura" di **massimo € 700,00 mensili**, per un totale di n. 12 mesi, in base alle disponibilità del fondo regionale destinato per tali interventi, che sarà erogato a rimborso, a seguito del ricevimento delle fatture che attestino le spese sostenute.

#### **Criteri clinici di accesso all'assegno di cura**

Ai fini della determinazione della gravità della patologia comportante disabilità gravissima si riportano - come da Determinazione Regionale n.G15714/15- i seguenti criteri clinici di carattere generale:

- compromissione della funzione respiratoria (ventilazione meccanica, invasiva, ventilazione assistita non invasiva, tracheotomia permanente);
- compromissione della funzione dell'alimentazione (artificiale parentale, artificiale enterale tramite sonda gastroenterica, artificiale enterale tramite sonda naso gastrica);
- compromissione severa dello stato cognitivo/coscienza (coma, stato vegetativo, stato di minima coscienza, deterioramento cognitivo o comportamento a rischio che possa procurare danno a sé o altri, deterioramento cognitivo e comportamento);
- compromissione della funzione motoria (deambulazione non autonoma).

L'accertamento della patologia determinante disabilità gravissima è certificata dalla struttura sanitaria pubblica, come previsto dalla D.G.R. 239/13.

#### **Criteri sociali, familiari ed ambientali di accesso all'assegno di cura**

Ai fini dell'erogazione dell'Assegno di Cura, si procederà tenendo conto dell'esito della valutazione sociale/socio familiare – ambientale, sulla base dei seguenti criteri:

a)	Condizione familiare, situazione socio-relazionale del nucleo familiare del disabile
a.1)	Composizione del nucleo familiare
a.2)	Situazione familiare del disabile
a.3)	Particolari condizioni sociali e relazionali del nucleo familiare del disabile
a.4)	Attività e/o prestazioni socio-riabilitative, sanitarie godute dal disabile
b)	Condizioni socio-ambientali e ambiente di vita
c)	Condizione economica (ISEE)
d)	Situazione sanitaria

### Attuazione dell'intervento

Saranno finanziati, ai sensi della D.G.R. 239/13 e della Determinazione Regionale n.G15714/15, Piani Assistenziali Individuali (PAI) che avranno come finalità il sostegno alla persona con disabilità gravissima e alla famiglia, attraverso forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale da gestire in forma indiretta.

Il personale impegnato nelle attività, sia esso assunto in forma privata che attraverso Enti del Terzo Settore e Cooperative Sociali, dovrà essere adeguatamente formato e assunto con regolare contratto.

Tutte le attività, oggetto del P.A.I., dovranno avere una durata massima di un anno solare dal momento della sottoscrizione del contratto.

L'assegno di cura:

- Non è cumulativo con altri interventi di natura socio assistenziale, sempre di carattere domiciliare, già attivi in favore del cittadino;
- Non può essere riconosciuto nei confronti di uno dei familiari di cui all'articolo 433 c.c., in veste di caregiver, nonché di conviventi;
- è sospeso oltre la decorrenza di giorni 15 di ricovero;
- è incompatibile con il ricovero permanente residenziale in struttura sanitaria o socio-sanitaria;
- è comprensivo di ogni prestazione di natura socio-assistenziale domiciliare a carico della Regione;
- è sospeso in caso di trasferimento della residenza della persona beneficiaria in altra regione.

**L'Assegno di Cura non potrà essere in alcun modo utilizzato per interventi sanitari domiciliari già garantiti ai cittadini dal SSN.**

In caso di ricovero permanente il finanziamento concesso verrà interrotto; in caso di ricovero per breve periodo il finanziamento verrà sospeso per tutta la durata del periodo di permanenza in struttura. L'utente o un suo familiare è tenuto a dare tempestiva comunicazione dell'avvenuto inserimento in struttura all'Ufficio di Piano, indicando la data dell'inserimento.

### Termini e presentazione delle domande

I modelli per le domande (All A e All A1), che avranno valore di autocertificazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, sono a disposizione presso:

- L'Ufficio Servizi Sociali del Comune di Residenza;
- Punto Unico di Accesso (PUA) nella sede Asl di Campagnano di Roma, Via Adriano I n. 8, tel 0696669769 il martedì dalle ore 09:30 alle ore 13:30;
- Scaricabili sul sito istituzionale del Comune di Formello [www.comune.formello.rm.it](http://www.comune.formello.rm.it).

**La domanda, All A,** relativa ai **nuovi accessi**, compilata in tutte le sue parti, dovrà contenere in allegato la seguente documentazione:

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità dell'utente e del richiedente;
- Certificazione attestante la condizione di handicap (L.104/92 art. 3 comma 3 );
- Copia attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità dell'utente ai sensi dalla vigente normativa, D.P.C.M. n. 159 del 5 dicembre 2013;
- Piano Assistenziale Individualizzato redatto dal Servizio Sociale del comune di residenza e sottoscritto dalla famiglia o tutore legale dell'utente (All C);
- Valutazione Sanitaria rilasciata dalla UVMD della ASL Roma 4;
- Copia del preliminare del contratto con il quale l'utente intende dare attuazione al PAI;

- Autocertificazione attestante lo stato di famiglia;
- Estremi bancari su cui effettuare l'accredito del contributo (All B).

La domanda dovrà pervenire, a pena di esclusione, al protocollo generale del **Consorzio Valle del Tevere – Ufficio Di Piano – c/o Comune di Formello, Piazza San Lorenzo n. 8, 00060 Formello RM**, entro e non oltre le ore 12 del giorno **14 ottobre 2016**, tramite un plico debitamente chiuso e controfirmato su tutti i lembi di chiusura in maniera da garantirne l'integrità.

Il plico, oltre al nome e all'indirizzo del mittente, dovrà riportare la dicitura **NON APRIRE – DOCUMENTI CONCESSIONE FINANZIAMENTO A FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI CON DISABILITA' GRAVISSIME (D.G.R. 239/13) – CONSORZIO VALLE DEL TEVERE.**

Il recapito delle domande, che potranno pervenire a mano, con raccomandata A/R o mediante agenzie di recapito autorizzate.

**La domanda, All A1**, relativa alle **continuità**, compilata in tutte le sue parti, dovrà contenere in allegato la seguente documentazione:

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità dell'utente e del richiedente;
- Piano Assistenziale Individualizzato redatto dal Servizio Sociale del comune di residenza e sottoscritto dalla famiglia o tutore legale dell'utente (All C);
- Copia del contratto con il quale l'utente intende dare attuazione al PAI;
- Estremi bancari su cui effettuare l'accredito del contributo (All B).

Le domande di continuità potranno essere presentate al protocollo generale del **Consorzio Valle del Tevere – Ufficio Di Piano – c/o Comune di Formello, Piazza San Lorenzo n. 8, 00060 Formello RM** sin dal giorno successivo alla pubblicazione del presente avviso, all'Ufficio di Piano del Consorzio "Valle del Tevere", tramite un plico debitamente chiuso e controfirmato su tutti i lembi di chiusura in maniera da garantirne l'integrità.

Il plico, oltre al nome e all'indirizzo del mittente, dovrà riportare la dicitura **NON APRIRE – DOCUMENTI CONCESSIONE CONTINUITA' FINANZIAMENTO A FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI CON DISABILITA' GRAVISSIME (D.G.R. 239/13) – CONSORZIO VALLE DEL TEVERE.**

Il recapito delle domande, che potranno pervenire a mano, con raccomandata A/R o mediante agenzie di recapito autorizzate.

#### **Criteri di valutazione e punteggi**

Ad ogni nuova domanda di accesso al contributo sarà assegnato un punteggio, per ogni area oggetto di valutazione, da parte di una commissione socio-sanitaria all'uopo costituita.

Per le aree di valutazione ed i punteggi si richiama integralmente all'Allegato D, parte integrante e sostanziale del presente Avviso, che sarà compilato esclusivamente dalla commissione esaminatrice.

I criteri ed i relativi punteggi sono stati concertati ed approvati dai tavoli tecnici del 15.07.2016 e del 09.08.2016.

#### **Parità di punteggio**

A parità di punteggio prederà in graduatoria l'utente che avrà ottenuto il punteggio più alto nella valutazione sociale, familiare ed ambientale.

### Modalità di liquidazione del finanziamento

L'erogazione dell' Assegno di Cura avverrà a rimborso, con cadenza trimestrale, a seguito della presentazione da parte dell'utente o suo familiare della documentazione attestante le spese sostenute (busta paga, fattura dell'ente assistenziale) al Servizio Sociale del proprio Comune di residenza e di una relazione elaborata dall'Assistente Sociale in merito all'andamento dell'intervento.

Il Servizio Sociale provvederà, entro 15 giorni dalla ricezione, a trasmettere all'Ufficio di Piano la documentazione di cui sopra.

Saranno liquidati gli importi riportati nelle fatture attestanti l'effettiva spesa sostenuta e comunque somme non superiore a € 700,00 mensili.

Saranno rimborsate le sole spese sostenute per l'assistenza.

### Casi particolari

Eventuali modifiche alle modalità di attuazione del PAI, rispetto a quelle inizialmente previste, dovranno essere comunicate tempestivamente al Servizio Sociale competente il quale le trasmetterà all'Ufficio di Piano del Consorzio "Valle del Tevere".

**Potranno essere effettuati controlli per verificare la veridicità delle dichiarazioni rese e la congruità del modello ISEE rispetto allo stato di famiglia.**

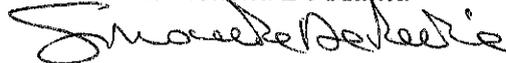
Per informazioni rivolgersi all'Ufficio di Piano del Consorzio "Valle del Tevere", tel. 06 90194606-607-608 nei giorni di lunedì, mercoledì e venerdì, ore 10:30/12:00, e giovedì, ore 15:30/ 17:00 e presso il Punto Unico di Accesso (PUA) nella sede Asl di Campagnano di Roma, Via Adriano I n. 8, tel 0696669769 il martedì dalle ore 09:30 alle ore 13:30.

Il Responsabile del Procedimento è Simonetta De Mattia, Direttore del Consorzio Valle del Tevere, Tel 06 – 90194606/607/608 Fax 06 9089577 –

E-mail [direttore@consorziovalledeltevere.it](mailto:direttore@consorziovalledeltevere.it)

**Il Direttore**

*Dott.ssa Simonetta De Mattia*



Approvato con determinazione n. 43 del 31.08.2016

Prot.n. 1056 del 01.09.2016

**ALLEGATO A**

**AL CONSORZIO "VALLE DEL TEVERE"**

**Ufficio di Piano  
PIAZZA S. LORENZO, 8  
00060 FORMELLO RM**

**DOMANDA**

**PER LA CONCESSIONE DI UN "ASSEGNO DI CURA" FINALIZZATO AD  
INTERVENTI DI SOSTEGNO IN FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI  
CON DISABILITA' GRAVISSIME (D.G.R. 239/13)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

ovvero **in qualità di familiare/ tutore di:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

rapporto di parentela \_\_\_\_\_

DIAGNOSI (come da verbale d'invalidità) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la concessione di UN ASSEGNO DI CURA per un importo mensile di massimo € 700,00, per un totale di mesi dodici, finalizzato a favorire la permanenza del disabile gravissimo presso il proprio domicilio, promuovendo l'appropriatezza e l'efficacia delle cure domiciliari ad alta integrazione socio-sanitaria in un'ottica di supporto al nucleo familiare alleggerendone i compiti assistenziali.

## DICHIARA

Di accettare tutte le condizioni e prescrizioni previste dal presente avviso nonché l'entità del rimborso previsto ovvero un contributo economico, denominato "Assegno di Cura" di **massimo € 700,00 mensili**, per un totale di n. 12 mesi, in base alle disponibilità del fondo regionale destinato per tali interventi, che sarà erogato **a rimborso**, a seguito del ricevimento delle fatture che attestino le spese sostenute.

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, a conoscenza di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei benefici acquisiti a seguito di dichiarazioni non veritiere:

1. di essere o di presentare domanda per conto di persona in condizione di dipendenza vitale da prestazioni assistenziali complesse per la tutela dell'integrità psicofisica del paziente stesso.
2. di essere residente in uno dei Comuni del Distretto Socio-sanitario RM-F4;
3. di impegnarsi a trasmettere, con cadenza trimestrale, al proprio servizio sociale, la rendicontazione delle spese sostenute per un totale mensile di massimo € 700,00;
4. nel caso di concessione del contributo, di rinunciare sin da ora ad ogni altro intervento/servizio di assistenza finanziato con fondi regionali;
5. di avere stipulato contratto preliminare di lavoro con assistenti personali nel rispetto della normativa vigente, compresa apposita assicurazione RCT, in favore degli stessi, o in alternativa di aver stipulato idonea convenzione con Enti di Terzo Settore e Cooperative Sociali;
6. che la composizione del nucleo familiare dell'utente beneficiario dell'intervento è la seguente:

Nominativo	Grado di parentela	Data di nascita	Disabilità L.104/92

### Allega alla presente domanda

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità dell'utente e del richiedente;
- Certificazione attestante la condizione di handicap (L.104/92 art. 3 comma 3);
- Copia attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità dell'utente ai sensi della vigente normativa, **D.P.C.M. n. 159 del 5 dicembre 2013**;
- Piano Assistenziale Individualizzato redatto dal Servizio Sociale del comune di residenza e sottoscritto dalla famiglia o tutore legale (All C);
- Valutazione Sanitaria rilasciata dalla UVMD della ASL Roma 4;
- Copia del preliminare del contratto con il quale l'utente intende dare attuazione al PAI;
- Autocertificazione attestante lo stato di famiglia;
- Estremi bancari su cui effettuare l'accredito del contributo (All B).

*Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole e di accettare che i dati conferiti con la presente domanda saranno trattati da personale incaricato dal Comune di Formello, e/o trasferiti a terzi, per le sole finalità connesse alla procedura in argomento, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003*

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE  
PER LA CONCESSIONE DI UN "ASSEGNO DI CURA" FINALIZZATO AD  
INTERVENTI DI SOSTEGNO IN FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI  
CON DISABILITA' GRAVISSIME (D.G.R. 239/13)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

ovvero in qualità di familiare/ tutore di:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

rapporto di parentela \_\_\_\_\_

DIAGNOSI (come da verbale d'invalidità) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

La continuità degli interventi di ASSEGNO DI CURA in favore di persone non autosufficienti con disabilità gravissime (D.G.R. 239/13), in quanto il medesimo intervento oggetto del presente avviso è stato già riconosciuto a seguito di precedente avviso pubblico.

**DICHIARA**

Di accettare tutte le condizioni e prescrizioni previste dal presente avviso nonché l'entità del contributo previsto ovvero un contributo economico, denominato "Assegno di Cura" di massimo € 700,00 mensili, per un totale di n. 12 mesi, in base alle disponibilità del fondo

regionale destinato per tali interventi, che sarà erogato a rimborso, a seguito del ricevimento delle fatture che attestino le spese sostenute.

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, a conoscenza di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei benefici acquisiti a seguito di dichiarazioni non veritiere:

1. di essere nella condizione di dipendenza vitale da prestazioni assistenziali complesse per la tutela dell'integrità psicofisica del paziente stesso.
2. di essere residente in uno dei Comuni del Distretto Socio-sanitario RM-F4;
3. di essere o di presentare domanda per conto di persona affetta da disabilità gravissima;
4. di avere stipulato idoneo contratto di lavoro con assistenti personali nel rispetto della normativa vigente, compresa apposita assicurazione RCT, in favore degli stessi, o in alternativa di aver stipulato idonea convenzione con Enti di Terzo Settore e Cooperative Sociali.
5. di rinunciare sin da ora ad ogni altro intervento/servizio socio-assistenziale finanziato con fondi Regionali;

**Allega alla presente domanda**

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità dell'utente e del richiedente;
- Piano Assistenziale Individualizzato redatto dal Servizio Sociale del comune di residenza e sottoscritto dalla famiglia o tutore legale (All B);
- Copia del contratto con il quale l'utente intende dare attuazione al PAI;
- Autocertificazione attestante lo stato di famiglia;
- Estremi bancari su cui effettuare l'accredito del contributo (All B).

*Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole e di accettare che i dati conferiti con la presente domanda saranno trattati da personale incaricato dal Comune di Formello, e/o trasferiti a terzi, per le sole finalità connesse alla procedura in argomento, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003*

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**ALLEGATO B**

**AL CONSORZIO "VALLE DEL TEVERE"**

**Ufficio di Piano  
PIAZZA S. LORENZO, 8  
00060 FORMELLO RM**

**OGGETTO: ~~Finanziamenti finalizzati ad interventi a sostegno in favore di persone non autosufficienti con disabilità gravissime (D.G.R. 239/13) – Comunicazione estremi bancari.~~**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

**ovvero in qualità di familiare/ tutore di:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

rapporto di parentela \_\_\_\_\_

in caso di concessione del finanziamento di cui all'oggetto chiede che il contributo sia erogato mediante bonifico bancario del richiedente e a tal fine ne comunica gli estremi:

Banca: \_\_\_\_\_

Codice IBAN: \_\_\_\_\_

C/C bancario intestato a:

\_\_\_\_\_

Dichiara di conoscere ed accettare le modalità di erogazione previste dall'avviso pubblico.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

*firma*

ALL C

**PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (P.A.I.) IN FAVORE DI  
PERSONE CON DISABILITA' GRAVISSIME AI SENSI DELLA D.G.R.  
239/2013 E DEL D.M. 20/2013**

**PROGETTO INDIVIDUALIZZATO**

Comune di \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Condizione reddituale dell'utente e del nucleo familiare convivente:

Vedere modello ISEE allegato alla domanda: € \_\_\_\_\_

**SITUAZIONE FAMILIARE DEL DISABILE**

- Presenza di genitori ultrasessantacinquenni anche se non conviventi.
- Presenza di familiari conviventi con disabilità certificata ai sensi della L. 104/92.
- SE SI QUANTI? \_\_\_\_\_
- Presenza di minori conviventi.
- SE SI QUANTI? \_\_\_\_\_







<b>INTERVENTI GIA' IN ATTO</b>
--------------------------------

**INTERVENTI COMUNALI**

- Assistenza Domiciliare Comunale Diretta n° ore sett.li \_\_\_\_\_
- Assistenza Domiciliare Comunale Indiretta n° ore sett.li \_\_\_\_\_
- Assistenza Scolastica educativa n° ore sett.li \_\_\_\_\_

**INTERVENTI DISTRETTUALI CON FONDI REGIONALI**

- Assistenza Domiciliare Distrettuale n° ore sett.li \_\_\_\_\_
- Assistenza Educativa per minori n° ore sett.li \_\_\_\_\_
- Assistenza Domiciliare Indiretta L.R. 20/06

**ATTIVITA' PRESTAZIONI SOCIO-RIABILITATIVE, SANITARIE GODUTE DAL  
DISABILE***Interventi socio-sanitari*

- Fruisce di prestazione riabilitativa ex art. 26
- Usufruisce del servizio CAD
- Usufruisce del servizio Hospice
- Usufruisce di altri servizi sanitari

- SE SI QUALI
- 

- Non fruisce di alcun servizio socio-riabilitativo e sanitario.

## PROGETTO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO

Tenuto conto delle condizioni di vita dell'utente e considerati eventuali interventi già attivati in suo favore, così come descritto analiticamente nelle successive schede che accompagnano e integrano il presente progetto d'intervento, si formula la seguente proposta, fino alla concorrenza del budget previsto:

### Obiettivi

generali: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

specifici: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Azioni, Attività e Interventi da avviare

- Assistenza domiciliare (aiuto e igiene della persona; aiuto nella cura e igiene delle cose personali, disbrigo pratiche; preparazione pasti; sostegno alla famiglia per il carico assistenziale ed ogni altra attività di assistenza tutelare e personale, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio ed ogni altro servizio/intervento previsto dal D.M. 20 marzo 2013): *specificare quale prestazioni verranno richieste all'operatore:* \_\_\_\_\_

### Servizi e Attori Coinvolti nella Gestione e Verifica dell' Intervento:

- Servizio Sociale Comunale: \_\_\_\_\_
- Servizio ASL : \_\_\_\_\_
- Cooperativa Sociale Convenzionata: \_\_\_\_\_
- Associazioni non profit: \_\_\_\_\_
- Altri organismi: \_\_\_\_\_
- Familiari: \_\_\_\_\_
- Volontari/Obiettori/Amici ecc.: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

*Firma Utente o chi ne fa le veci*

*Firma Operatore*

Ai sensi del D. Lgs. 30/06/2003, n. 196, autorizza il trattamento dei dati personali forniti per le finalità previste nel presente documento.

Data \_\_\_\_\_

*Firma Utente o chi ne fa le veci*

**ALLEGATO D****D.G.R. 239/13 – SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE  
APPROVATO AL TAVOLO DI CONCERTAZIONE DEL 15/07/2016****UTENTE** \_\_\_\_\_**COMUNE DI** \_\_\_\_\_**COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE**

5 punti	Nucleo familiare composto dal solo disabile
4 punti	Nucleo familiare composto da 1 COMPONENTE oltre al disabile
3 punti	Nucleo familiare composto da 2 COMPONENTI oltre al disabile
2 punti	Nucleo familiare composto da 3 COMPONENTI oltre al disabile
1 punto	Nucleo familiare composto da 4 COMPONENTE oltre al disabile
0 punti	Nucleo familiare composto da più di 4 COMPONENTI oltre al disabile

(MAX 5 PUNTI)

**SITUAZIONE FAMILIARE DEL DISABILE**

1 punto	Per ogni familiare convivente con disabilità certificata ai sensi della L. 104/92 (max 3)
½ punto	Genitori ultra sessantacinquenni anche se non conviventi
½ punto	Per ogni minore convivente (max 1.5)

(MAX 5 PUNTI)

**PARTICOLARI CONDIZIONI SOCIALI E RELAZIONALI DEL NUCLEO FAMILIARE DEL  
DISABILE**

½ punto	Isolamento Sociale
½ punto	Particolari condizioni di povertà

(MAX 1 PUNTI)

**CONDIZIONI SOCIO – AMBIENTALI E AMBIENTE DI VITA**

½ punto	Presenza di barriere architettoniche interne ed esterne all'abitazione
½ punto	Condizioni abitative particolari (presenza di muffa- ambienti di vita limitati)
½ punto	Isolamento ambientale

(MAX 1,5 PUNTI)

**ATTIVITA' PRESTAZIONI SOCIO-RIABILITATIVE, SANITARIE GODUTE DAL  
DISABILE**

2 punti	Non fruisce di alcun servizio socio-riabilitativo e sanitario
0 punti	Fruisce di prestazione riabilitativa ex art. 26
0 punti	Usufruisce del servizio CAD
0 punti	Usufruisce del servizio Hospice
0 punti	Usufruisce di altri servizi sanitari.

(MAX 2 PUNTI)

### INDICATORE I.S.E.E.

1 punto		Da € 0	a € 8.500,00
½ punti		Da € 8.500,01	a € 13.000,00
0 punti		Da € 13.000,01	a € 18.000,00
- ½ punto		Da € 18.000,01	a € 23.000,00
- 1 punto		Da € 23.000,01	in poi

(MAX 1 PUNTO)

**IL PUNTEGGIO MASSIMO E' DI 15,5/15,5**

**D.G.R. 239/13 – SCHEDA DI VALUTAZIONE SANITARIA  
APPROVATO AL TAVOLO DI CONCERTAZIONE DEL 09/08/2016**

**UTENTE** \_\_\_\_\_

**COMUNE DI** \_\_\_\_\_

**DESTINATARI**

<b>PERSONE DI QUALSIASI ETA' AFFETTE DA MALATTIE DEL MOTONEURONE (ESCLUSA LA S.L.A. E ALZHEIMER)</b>
<b>PERSONE DI QUALSIASI ETA' IN STATO VEGETATIVO CHE CONSEGUE A COMA INDOTTO DA GRAVI CELEBROLESIONI ACQUISITE CIOE' AD EVENTI DI NATURA TRAUMATICA, VASCOLARE, ANOSSICA O INFETTIVA O COMUNQUE DA NOXAE ACQUISITE.</b>
<b>PERSONE CON ALTRE PATOLOGIE CHE COMPORTANO COMUNQUE LA DIPENDENZA VITALE E LA NECESSITA' DI ASSISTENZA CONTINUA (ES. COREA DI HUNTINGTON, FORME GRAVI DI DISTROFIA E MIOPATIA, SCLEROSI MULTIPLA, LOCKED IN, ECC..)</b>

**COMPROMISSIONE DELLA FUNZIONE RESPIRATORIA**

7 punti	Ventilazione meccanica invasiva
4 punti	Ventilazione non invasiva permanente
3 punti	Tracheotomia permanente
2 punti	Ventilazione non invasiva non permanente superiore alle 12 ore
1 punti	Ventilazione non invasiva non permanente inferiore alle 12 ore
0 punti	Respirazione autonoma

(max 7 punti)

**COMPROMISSIONE DELLA FUNZIONE DELL'ALIMENTAZIONE**

5 punti	Artificiale parenterale
4 punti	Artificiale enterale tramite sonda gastroenterica
3 punti	Artificiale enterale tramite sonda nasogastrica
0 punti	Nessuna compromissione della funzione dell' alimentazione

(max 5 punti)

**COMPROMISSIONE SEVERA DELLO STATO COGNITIVO/COSCIENZA**

7 punti	Coma
7 punti	Stato vegetativo
6 punti	Stato di minima coscienza
5 punti	Grave deterioramento cognitivo/gravi disturbi comportamentali
4 punti	Gravi disturbi comportamentali/ deterioramento cognitivo medio
3 punti	Gravi disturbi comportamentali/ deterioramento cognitivo lieve
2 punti	Lievi disturbi comportamentali/deterioramento cognitivo grave
1 punti	Lievi disturbi comportamentali/deterioramento cognitivo medio
1 punti	Lieve deterioramento cognitivo e comportamentale

(max 7 punti)

## COMPROMISSIONE DELLA FUNZIONE MOTORIA

6 punti	Compromissione totale 4 arti
5 punti	Emiplegia
4 punti	Paraplegia
3 punti	Emiparesi – paraparesi grave
2 punti	Emiparesi – paraparesi media
1 punto	Compromissione lieve di 1 o più arti

(max 6 punti)

**IL PUNTEGGIO MASSIMO E' DI 25/25**

**PUNTEGGIO TOTALE: 40.5**

**N.B.**

**L'ALLEGATO "D" E' STRUMENTO AD USO ESCLUSIVO DELLA COMMISSIONE DI VALUTAZIONE. NON DEVE ESSERE COMPILATO DAL RICHIEDENTE O DAL SERVIZIO SOCIALE.**