

INTERVENTI SOCIO ASSISTENZIALI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA

Erogazione di un contributo, destinato alle persone in condizione di disabilità gravissima che necessitano di assistenza continua nelle 24 ore, per servizi assistenziali e per l'attività di *caregiver* dei familiari.

Art. 1 – Oggetto

L'ASP di Vibo Valentia assegna un contributo - nei limiti dell'importo finanziato e previa formazione di apposita graduatoria - per interventi di assistenza in forma indiretta (Assegno di cura) in favore di persone in condizioni di disabilità gravissima, al fine di fornire supporto alle persone non autosufficienti e al nucleo familiare di appartenenza, nel contesto di un quadro più generale di valutazione multidimensionale del bisogno e di progettazione personalizzata.

Le risorse finanziarie stanziata dalla Regione Calabria per l'anno 2024 sono pari ad € 864.052,79 (ottocentosessantaquattromilacinquantadue/79 euro); come da D.D.S. n. 16286 del 10 novembre 2023.

L'assegno di cura, in coerenza con i requisiti di legge previsti a livello nazionale e regionale, rimodulabile sulla base di altri servizi eventualmente inclusi nel progetto personalizzato, è finalizzato all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliare, o alla fornitura diretta degli stessi da parte dei familiari e/o persona titolata, sulla base del piano personalizzato di assistenza.

L'assegno di cura è corrisposto nella misura di seguito indicati:

- **Euro 1.000,00 (euro mille/00) mensili per 12 mensilità** a favore di persone che sono in condizione di dipendenza vitale, che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere sociosanitario nelle 24 ore, che abbiano bisogno di un livello di cura ad alta complessità e con intensità elevata, ossia coloro che hanno una documentata rapida velocità di progressione di malattia, portatori di tracheo-peg e/o in ventilazione assistita e quelli in stato vegetativo puro;
- **Euro 600,00 (euro seicento/00) mensili per 12 mensilità** a favore di persone con disabilità gravissima, ad esclusione dei soggetti cui al punto precedente.

L'intervento sarà monitorato all'ASP e dai Comuni di residenza per verificare la reale efficacia e l'effettivo a favore beneficio della persona disabile e del nucleo familiare. A tal fine, l'Asp chiederà una rendicontazione dettagliata attestante l'acquisto di servizi diretti e/o indiretti.

Art. 2 - Soggetti destinatari

I soggetti destinatari del contributo sono i cittadini - residenti nei Comuni afferenti all'Asp di Vibo Valentia - in condizione di disabilità gravissima, ivi inclusi quelli affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica, stato di Demenza molto grave, quali, tra gli altri, quelli affetti dal morbo di Alzheimer, nello stato di dipendenza vitale e che necessitano, a domicilio, di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche, con compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria, e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona.

Art. 3 – Requisiti

L'erogazione dell'assegno di cura è subordinata al possesso - al momento della presentazione della domanda - dei requisiti soggettivi e oggettivi di seguito indicati:

- Riconoscimento dell'invalidità civile, di cui alla legge 30 marzo 1971 n. 118, nella misura del 100% e dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980 n. 18, i cui verbali sono in corso di validità;
- Riconoscimento dello *status* di *handicap* in condizione di gravità, di cui alla legge 5 febbraio 1992, n. 104, art. 3, comma 3, il cui verbale è in corso di validità;
- Attestazione ISEE per prestazioni agevolate di natura socio - sanitaria con valore inferiore a 50.000 euro, elevato a 65.000 in caso di beneficiari minorenni;
- Carattere sostitutivo (dell'assegno di cura) di servizi, o di ogni altra prestazione a carattere socio - assistenziale, intendendo che il soggetto disabile non deve essere beneficiario di altri servizi socio - assistenziali aventi medesima finalità.

L'erogazione del contributo tiene conto delle condizioni socio - familiari ed ambientali del richiedente

disabile e, a tal fine, l'A.S.P. provvederà alla compilazione di specifiche schede sociali finalizzate alla valutazione delle condizioni richieste.

In ogni caso, resta salva la possibilità, per le singole Aziende Sanitarie Provinciali, di procedere alla verifica sulla sussistenza e permanenza dei requisiti soggettivi e oggettivi.

Art. 4 - Condizioni di disabilità gravissima (art. 3 D.M. 26 settembre 2016)

Possono presentare la domanda per la fruizione del beneficio dell'assegno di cura i cittadini - residenti in uno dei Comuni dell'Asp di Vibo Valentia - in condizione di disabilità gravissima. Al fine della corretta valutazione delle istanze pervenute e, anche, della individuazione dei soggetti beneficiari del contributo in oggetto, l'Unità di Valutazione Multidimensionale (c.d. **U.V.M.D.**) dell'Asp di Vibo Valentia farà riferimento a quanto disposto dall'art. 3, comma 2, del D.M. 26 settembre 2016 il quale prevede che: *“Per persone in condizione di disabilità gravissima, ai soli fini del presente decreto, si intendono le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013, e per le quali sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:*

- a) *Person*e in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10 (compilare tabella **ALLEGATO 1A**);
- b) *Person*e dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24 h/ die – 7 giorni a settimana) (compilare tabella **ALLEGATO 1B**);
- c) *Person*e con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 (compilare tabella **ALLEGATO 1C**);
- d) *Person*e con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B (compilare tabella **ALLEGATO 1D**);
- e) *Person*e con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC) (per i pazienti con SLA ed altre patologie degenerative compilare tabella **ALLEGATO 1E**), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 (per i pazienti affetti da sclerosi multipla compilare tabella **ALLEGATO 1E/A**), o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod (per i soggetti affetti da morbo di Parkinson e parkinsonismi degenerativi e atipici compilare la tabella **ALLEGATO 1E/B**);
- f) *Person*e con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore (compilare tabella **ALLEGATO 1F**);
- g) *Person*e con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5 (compilare tabella **ALLEGATO 1G**);
- h) *Person*e con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound /Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 8 (compilare tabella **ALLEGATO 1H**);
- i) *Ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche”.*

Per tutte le persone gravissime, di cui alla lettera i), nonché per quelle non rientranti nelle condizioni di cui ai punti precedenti, dovrà essere compilato l'**ALLEGATO 2**, di cui al presente avviso.

Nel caso in cui le condizioni, di cui sub a) e sub d), siano state determinate da eventi traumatici - e l'accertamento dell'invalidità non sia ancora definito ai sensi delle disposizioni di legge vigenti - gli interessati, nelle more della definizione del processo di accertamento, possono, comunque, accedere al beneficio previsto ai sensi del presente avviso, in presenza di una diagnosi medica di patologia o menomazione da parte dello specialista di riferimento che accompagni il rilievo funzionale, nonché della copia della richiesta all'INPS.

L'accertamento e la valutazione dello stato di gravissimo e della non autosufficienza dei soggetti

richiedenti il contributo è svolto dalla Commissione aziendale per la Valutazione Multidimensionale (U.V.M.D.), nominata con delibera 549/CS del 28 marzo 2023, n. 30 avvalendosi dei criteri previsti dall'art. 3

D.M. 26 settembre 2016 e dalle Linee Guida di valutazione sanitaria condivise tra le Aziende Sanitarie Provinciali, richiamati in quanto parte integrante del presente avviso.

Art. 5 – Modalità e termini di presentazione della domanda

La domanda del contributo deve essere presentata utilizzando il modello allegato al presente avviso denominato “*Domanda di valutazione per l’attivazione del contributo (assegno di cura) destinato alle disabilità gravissime - F.N.A. 2019*”, secondo una delle modalità di seguito indicate (**ALLEGATO DOMANDA**):

- **A mezzo PEC** all’indirizzo: aspvibovalentia@pec.it indicando nell’oggetto “*Avviso disabilità gravissime - FNA anno 2019*”. Farà fede, in tal caso, la data e l’ora di ricevuta di avvenuta consegna della PEC.

La domanda, **PENA L’ESCLUSIONE**, dovrà essere corredata dalla documentazione di seguito indicata.

I soggetti già beneficiari dell’assegno di cura o in graduatoria a valere sul Fondo FNA 2018 - qualora non siano intervenute delle variazioni in termini di aggravamento, piuttosto che di miglioramento, della patologia e/o dei requisiti socio familiari e ambientali richiesti - potranno essere esonerati da una nuova valutazione da parte della Commissione con funzioni di U.V.M.D., e, in tal caso, al fine di garantire la continuità delle prestazioni, l’istante dovrà allegare alla domanda la seguente documentazione:

1. Autocertificazione, ai sensi del D.P.R. 445/2000, dell’esistenza in vita del beneficiario;
2. Attestazione ISEE socio-sanitario, entro i limiti di cui all’art. 3 del presente avviso, in corso di validità;
3. Autocertificazione, ai sensi del D.P.R. 445/2000, dello stato di famiglia del beneficiario;
4. Autocertificazione, ai sensi del D.P.R. 445/2000, attestante la sussistenza dell’invalidità civile al 100% e dell’indennità di accompagnamento, nonché dello *status* di *handicap* in condizione di gravità, di cui alla Legge 5 febbraio 1992, n. 104, art. 3, comma 3, i cui verbali sono in corso di validità;
5. Documenti d’identità di richiedente e beneficiario (se minore di entrambi i genitori).

Nella diversa ipotesi in cui siano intervenute delle variazioni delle condizioni socio sanitarie del soggetto, rispetto a quanto in precedenza dichiarato e attestato per l’anno 2018, il richiedente avrà l’obbligo di comunicare tempestivamente e certificare le variazioni intervenute, entro i termini finali previsti dal bando per la presentazione della domanda.

La domanda deve essere presentata secondo le modalità descritte. La Commissione per la Valutazione Multidimensionale procederà ad accertare, mediante apposita visita, quanto dichiarato dal beneficiario.

Per i nuovi richiedenti (coloro che non sono stati dichiarati disabili gravissimi per FNA 2018) alla domanda dovrà essere allegata:

- Certificazione sanitaria **rilasciata da una struttura pubblica** attestante la patologia determinante dipendenza vitale e il grado di non autosufficienza/gravità, valutata secondo le schede di riferimento di cui all’art. 3 del D.M. 26 settembre 2016, compilata dallo specialista di riferimento. **Le schede di riferimento per patologia dovranno riportare timbro e firma leggibile dello specialista per la patologia dichiarata e numero di protocollo della Struttura pubblica rilasciante.**

La certificazione sanitaria deve essere corredata:

- dall’**ALLEGATO 3**, di cui al presente avviso, compilato a cura del medico specialista;
- del verbale di riconoscimento dell’invalidità civile al 100% e dell’indennità di accompagnamento, in corso di validità (dovrà essere esibito e/o prodotto verbale originale o copia autenticata ed in forma leggibile o omologa di sentenza corredata dalla perizia medico - legale attestante le patologie). In caso di revisione del provvedimento la procedura dovrà essere completata entro il termine previsto per la scadenza del bando;
- da certificazione dello *status* di *handicap* grave, di cui all’art. 3, comma 3, della legge 104/1992, in corso di validità (dovrà essere esibito e/o prodotto verbale originale o copia autenticata ed in

forma leggibile o omologa di sentenza corredata dalla perizia medico – legale attestante le patologie). In caso di revisione del provvedimento la procedura dovrà essere completata entro il termine previsto per la scadenza del bando;

- dall'attestazione ISEE socio sanitario in corso di validità, per valori inferiori a euro 50.000, accresciuti a euro 65.000 in caso di beneficiari minorenni;
- da copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo;
- da copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo;
- dall'autocertificazione, ai sensi del D.P.R. 445/2000, dello stato di famiglia del beneficiario;
- dalla copia del decreto di nomina di tutela, curatela o di amministrazione di sostegno, nelle ipotesi ivi previste.

L'istanza, con l'allegata la documentazione, dovrà pervenire entro e non oltre i 60 giorni a decorrere dal giorno successivo alla pubblicazione dell'avviso sul sito aziendale. PENA ESCLUSIONE.

In ogni caso, non saranno prese in considerazione istanze presentate con modalità differenti da quelle sopra indicate.

E' considerata priva di effetto l'eventuale integrazione e/o invio di documentazione oltre i termini indicati nel presente Avviso.

Art. 6 – Criteri per la formazione della graduatoria

La formazione della graduatoria avverrà secondo i criteri di seguito indicati:

- velocità di progressione della malattia e/o livello di cura ad alta complessità e con intensità elevata, includendo nelle suddette ipotesi, tra gli altri, ed in conformità a quanto previsto dal D.M. 26 settembre 2016, i malati portatori di tracheo-peg e/o in ventilazione assistita e quelli in stato vegetativo puro (**ALLEGATO LINEE GUIDA PER LA VALUTAZIONE SANITARIA**);
- situazione economica finanziaria del beneficiario (valore ISEE più basso);
- nella ipotesi di parità di condizioni, saranno esaminate le condizioni ambientali e familiari del beneficiario, nonché altri indicatori di disagio economico e sociale.

A tal fine l'ASP potrà utilizzare le schede sociali finalizzate alla valutazione delle condizioni socio ambientali e familiari.

Art. 7 - Modalità di comunicazione ai beneficiari

Al termine della fase istruttoria verrà predisposta una graduatoria provvisoria degli ammessi pubblicata sul sito internet www.aspvv.it, cui farà seguito la graduatoria definitiva a conclusione della procedura.

Le suddette pubblicazioni hanno valore di notificazione a tutti gli effetti di legge.

Gli interessati potranno prendere visione della propria posizione secondo modalità che saranno individuate dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia.

Art. 8 - Erogazione contributo

Il contributo economico è corrisposto per 12 mensilità con decorrenza dal 1° gennaio 2024.

Al fine dell'erogazione del contributo l'interessato - collocato in posizione utile della graduatoria - dove comunicare con apposita autocertificazione, all'Ufficio competente dell'Asp di Vibo Valentia, l'esistenza in vita del soggetto beneficiario, eventuali ricoveri e ogni altra variazione dello stato del beneficiario medesimo, secondo le modalità e i criteri che indicati dalla Azienda erogante. In caso di economie finanziarie si procederà allo scorrimento la graduatoria ammettendo gli idonei non finanziati fino alla concorrenza delle somme assegnate.

In ogni caso, è fatta salva la possibilità per la Commissione con funzione di UVMD di procedere alle verifiche sull'utilizzo del beneficio concesso, secondo modalità e tempistiche che verranno definite dalle Azienda Sanitaria provinciale.

Art. 9 - Cessazione degli interventi socio – assistenziali

La cessazione del contributo avverrà nei seguenti casi:

- decesso della persona in condizione di disabilità gravissima;
- ricovero dell'assistito in struttura socio - sanitaria o socio - assistenziale;
- sopravvenuta carenza dei requisiti di ammissione;
- trasferimento fuori Regione o ambito territoriale dell'ASP.

Art. 10 - Foro competente

Per tutte le controversie che dovessero insorgere in riferimento al presente Avviso pubblico sarà competente il Foro di Vibo Valentia.

Art. 11 - Privacy

Tutti i dati personali di cui questa Asp verrà in possesso verranno trattati nel rispetto della normativa vigente prevista dal “*Codice in materia di protezione dei dati personali*”, di cui al Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR di cui al Regolamento (UE) n. 2016/679.

Art. 12 - Pubblicazione avviso

Il presente avviso pubblicato sul sito aziendale dell’Asp di Vibo Valentia e trasmesso a tutti i Distretti Sanitari per l’affissione presso le Sedi e ai Comuni capofila degli Ambiti Territoriali Sociali.

Art.13 – Norma di chiusura

Per tutto quanto non espressamente previsto dal presente Avviso pubblico trovano applicazioni, in quanto compatibili, le disposizioni di legge e regolamenti nazionali e regionali vigenti in materia.

ALLEGATO 1



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE VIBO VALENTIA



LINEE DI INDIRIZZO PER LA VALUTAZIONE SANITARIA FNA

Per quanto riguarda l'erogazione dell'Assegno di cura a favore delle persone in condizioni di disabilità gravissima, di cui al D.P.C.M. 21 Novembre 2019 - D.G.R. n. 331 del 10 Luglio 2023, tenuto conto del D.M. 26 Settembre 2016 contenente le schede di valutazione delle disabilità gravissime, si riportano, per quel che attiene la valutazione sanitaria, le linee di indirizzo cui dovrà attenersi la Commissione con funzione di Unità di Valutazione Multidimensionale nella graduazione delle istanze pervenute.

VALUTAZIONE SANITARIA

Nella formulazione della graduatoria la Commissione aziendale deve considerare prioritarie le patologie che presentano una severità di progressione di malattia inferiore a due anni (Punteggio =1, di cui alla nota Regione Calabria, Dipartimento 7, Settore 8 Politiche Sociali, prot. Siar N. 234966 del 17.07.2017, avente ad oggetto "DGR 364/2016. Provvedimenti in favore di persone affette da disabilità gravissima"). Nella diversa ipotesi di progressione tra due e cinque anni (Punteggio = 2, di cui alla sopra detta nota regionale), l'aspettativa di vita dovrà essere valutata sulla base di comprovati rilievi statistici e scientifici.

Occorre precisare che alcune delle patologie esaminate non presentano una prognosi chiaramente quantificabile, ragion per cui dovrà essere considerato prioritario il criterio della intensità di cure: in tal senso appare necessario includere i malati con tracheo-peg e/o le persone con necessità di sostegno intensivo, differenziato sulla base dell'intensità del sostegno necessario, come da DM 26.09.2016.

Per i soggetti con altre patologie e per quanto riguarda le schede relative alle patologie, allegate al DM. 26.09.2016, esse devono essere redatte da specialista di riferimento per la patologia, devono essere compilate in ogni parte e devono essere firmate e timbrate dallo specialista, nonché riportare il numero di protocollo di struttura pubblica. Si rammenta, altresì, che deve essere compilato anche l'**ALLEGATO 3**, con numero di protocollo di struttura pubblica.

Si passa ad una breve disamina delle schede:

- a) **ALLEGATO 1A:** 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 (medico compilatore anestesista/ neurologo/fisiatra e terapeuta del dolore);
- b) **ALLEGATO 1 B:** persone dipendenti da ventilazione meccanica invasiva assistita o non invasiva continuativa 24 h/die x 7 giorni (medico compilatore pneumologo);
- c) **ALLEGATO 1 C:** persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala *Clinical Dementia Rating Scale* (CDRS) ≥ 4 .
Occorre precisare che lo stato di demenza deve essere attestato da specialista geriatra, neurologo, psichiatra facente parte dei CDCD (ex UVA) o, in alternativa, da specialisti geriatri, neurologi o psichiatri che, pur non facendo parte dei centri, riportino l'attestazione del centro UVA o CDCD che ha fornito la diagnosi o presso cui il soggetto è in carico. La nota regionale, Dipartimento 7 del Settore Politiche sociali prot. N. 177861 del 18.01.2017 chiarisce che, "In merito alla valutazione dello stato di demenza, l'accertamento della disabilità gravissima deve basarsi su una diagnosi effettuata in un centro CDCD (ex UVA)";
- d) **ALLEGATO 1D:** persone con lesioni spinali fra CO/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. (specialista di riferimento neurologo/neuropsichiatra infantile/fisiatra);
- e) **ALLEGATO 1E:** persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala *Medical Research Council* (MRC) (compilare tabella allegato 1 E per i pazienti con SLA-

SMA ed altre patologie neurodegenerative), o con punteggio *alla Expanded Disability Status Scale* (EDSS) ≥ 9 (compilare tabella allegato 1 E/A per i pazienti affetti da Sclerosi Multipla), o in stadio 5 di *Hoehn e Yahrmod* (compilare tabella allegato 1 E/B per paziente affetto da morbo di Parkinson e Parkinsonismi degenerativi atipici) (specialista di riferimento Neurologo);

- f) **ALLEGATO 1F:** 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 (specialista di riferimento oculista e otorinolaringoiatra ciascuno per quanto di competenza);
- g) **ALLEGATO 1G:** persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5 (specialista di riferimento psichiatra e neuropsichiatra infantile nei soggetti di minore età);
- h) **ALLEGATO 1H:** 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) \leq 8. Per tali soggetti è assolutamente indispensabile allegare il Q.I. e la certificazione deve essere redatta da specialista neuropsichiatra infantile se minore o psichiatra. Così, testualmente, dispone la nota regionale N. 177861 del 18.01.2017: *“con riguardo alla valutazione del ritardo mentale grave o profondo, per la determinazione di tale condizione deve essere riportato, all’inizio della scala, il Q. I. e non semplicemente presupposto.”*. La valutazione di livello diviene fondamentale per la gradazione tra i soggetti con indice LAPMER più alto.
- i) **ALLEGATO 2:** ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche e per tutti i pazienti gravissimi non specificati nei punti precedenti. L'allegato, anche in questo caso, dovrà essere compilato dal medico specialista di riferimento per la patologia.
- A tal proposito, occorre precisare che, per come anche previsto dalla sopra detta nota regionale, la prima voce del dominio n. 4 *“Necessità di modifiche dietetiche”*, non indica una mera condizione di modifica dietetica (che, per esempio, può essere correlata ad edentulia o all'età), ma che il soggetto sia in carico al NAD (nutrizione artificiale domiciliare), ossia il soggetto medesimo utilizzi specifici prodotti prescritti da specialista di riferimento.

ALLEGATO 1A

Scala per la valutazione della condizione di disabilità gravissima per le persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure Stato di Minima Coscienza (SMC).
 Da compilare a cura dello Specialista di riferimento di struttura pubblica

Si certifica che il/la Signor/a

Nome _____ Cognome _____
 Nato/a _____ il ____/____/____
 Residente a _____ Prov. _____
 Via/piazza _____ n° _____ telefono _____
 _____ C.F. _____
 Affetto/a da _____

GLASCOW COMA SCALE

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

Riporta il seguente punteggio ai sensi della scala soprastante: _____

Criteri di applicazione tabella:

La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2019 è colei che riporta un punteggio nella scala Glasgow Coma Scale ((GCS) ≤ 10 ex art. 3 comma 2 lett. a), Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.

Note.....

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____

ALLEGATO 1B

Da compilare a cura dello Specialista della struttura sanitaria pubblica preposta

Si certifica che il/la Signor/a

Nome _____ Cognome _____

Nato/a _____ il ____ / ____ / ____

Residente a _____ Prov. _____

Via/piazza _____ n° ____ telefono _____

_____ C.F. _____

Affetto/a da _____

- È da considerarsi persona dipendente da ventilazione meccanica assistita invasiva

- È da considerarsi persona dipendente da ventilazione meccanica assistita non invasiva continuativa (24h/die – 7giorni a settimana)

Note.....
.....
.....
.....
.....
.....

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____

ALLEGATO 1C

Scala per la valutazione della condizione della disabilità gravissima per le persone con grave o gravissimo stato di demenza

Da compilare a cura del Medico Specialista della struttura sanitaria pubblica preposta

Si certifica che il/la Signor/a

Nome _____ Cognome _____
 Nato/a _____ il ____/____/____
 Residente a _____ Prov. _____
 Via/piazza _____ n° ____ telefono _____
 _____ C.F. _____
 Affetto/a da _____

Riporta il seguente punteggio ai sensi della scala sottostante.....

La Clinical Dementia Rating Scala (CDR) estesa

	NORMALE CDR 0	DEMENZA DUBBIA CDR 0.5	DEMENZA LIEVE CDR 1	DEMENZA MODERATA CDR 2	DEMENZA GRAVE CDR3
Memoria	Memoria adeguata o smemorata occasionale	Lieve smemorata permanente: parziale rievocazione di eventi	Perdita memoria modesta per eventi recenti; interferenza attività quotidiane	Perdita memoria severa: materiale nuovo perso rapidamente	Perdita memoria grave: rimangono alcuni frammenti
Orientamento	Perfettamente orientato		Alcune difficoltà nel tempo: possibile disorientamento o topografico	Usualmente disorientamento temporale, spesso spaziale	Orientamento solo personale
Giudizio soluzioni problemi	Risolve bene i problemi giornalieri; giudizio adeguato rispetto al passato	Dubbia compromissione nella soluzione di problemi, analogie differenze	Difficoltà moderata: esecuzione di problemi complessi giudizio sociale adeguato	Difficoltà severa esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale compromesso	Incapace di dare giudizi o di risolvere problemi
Attività sociali	Attività indipendente e livelli usuali nel lavoro, acquisti, pratiche burocratiche	Solo dubbia comprensione e 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 compromission e della vita domestica; abbandono hobbies ed interessi	Interessi ridotti, non sostenuti, vita domestica ridotta a funzioni semplici	Nessuna funzionalità fuori dalla propria camera
Cura personale	Interamente capace di curarsi della propria persona	Richiede facilitazioni	Richiesta aiuto per vestirsi, igiene, utilizzazione effetti personali	Richiede molta assistenza per cura personale; non incontinenza urinaria	Richiede molta assistenza per cura personale; incontinenza urinaria
CDR 4. DEMENZA MOLTO GRAVE Il paziente presenta deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da solo, nel controllare la funzione intestinale o vescicale.					
CDR 5. DEMENZA MOLTO GRAVE Il paziente richiede assistenza totale perché completamente incapace di comunicare, in stato vegetativo, allettato, incontinente					

Clinical Dementia Rating Scale

Per ottenere il punteggio della CDR sottostante è necessario disporre di informazioni raccolte da un familiare o operatore che conosce il soggetto e di una valutazione delle funzioni cognitive del paziente con particolare riferimento ai seguenti aspetti: 1) memoria; 2) orientamento temporale e spaziale; 3) giudizio ed astrazione; 4) attività sociali e lavorative; 5) vita domestica, interessi ed hobby; 6) cura della propria persona. In base al grado di compromissione viene assegnato un punteggio variabile tra 0 – 0.5 – 1 – 2 – e 3; 0 = normale; 0.5 = dubbia compromissione; 1 = compromissione lieve; 2 = compromissione moderata; 3= compromissione severa. Ogni aspetto va valutato in modo indipendente rispetto agli altri. La memoria è considerata categoria primaria; le altre sono secondarie. Se almeno tre categorie secondarie ottengono lo stesso punteggio della memoria, allora il CDR è uguale al punteggio ottenuto nella memoria. Se tre o più categorie secondarie ottengono un valore più alto o più basso della memoria, allora il punteggio della CDR corrisponde a quello ottenuto nella maggior parte delle categorie secondarie. Qualora due categorie ottengano un valore superiore e due un valore inferiore rispetto a quello ottenuto dalla memoria, il valore della CDR corrisponde a quello della memoria. La scala è stata successivamente estesa per classificare in modo più preciso gli stadi più avanzati della demenza (Hayman et al, 1987). I pazienti possono essere perciò classificati in stadio 4 (demenza molto grave) quando presentano severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da soli, nel controllare la funzione intestinale o vescicale. Sono classificati in stadio 5 (demenza terminale) quando richiedono assistenza totale perché completamente incapaci di comunicare, in stato vegetativo, allettati e incontinenti.

Criteri di applicazione tabella:

La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2019 è colei che riporta un punteggio sulla scala *Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)* ≥ 4 , *ex art. 3, c. 2, lett. C) Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.*

Note:

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____

ALLEGATO 1D

Scala per la valutazione della condizione della disabilità gravissima per le persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura.

Da compilare a cura del Medico Specialista della struttura sanitaria pubblica
Si certifica che il/la Signor/a

Nome _____ Cognome _____
Nato/a _____ il ____/____/____
Residente a _____ Prov. _____
Via/piazza _____ n° ____ telefono _____
_____ C.F. _____

Affetto/a da _____
Ha il seguente livello di lesione, per come identificato nella scala sottostante.....

ASIA Impairment Scale (AIS)

<input type="checkbox"/>	A= completa	Deficit sensitivo e motorio completo a livello S 4- S5
<input type="checkbox"/>	B = incompleta	Deficit motorio completo con conservazione della sensibilità al di sotto del livello neurologico che include S4 – S5
<input type="checkbox"/>	C = incompleta	La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e più della metà dei muscoli chiave ha una validità inferiore a 3
<input type="checkbox"/>	D= incompleta	La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e almeno la metà dei muscoli chiave ha una validità uguale o superiore a 3
<input type="checkbox"/>	E = normale	Nessun deficit neurologico (non ipovalidità muscolare, sensibilità integra, non disturbi sfinterici ma possibili alterazioni dei riflessi)
<input type="checkbox"/>		

Criteria di applicazione tabella:

La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2019 è colei che riporta un punteggio nella scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B ex art. 3 lett. d) Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.

Note.....

Luogo e data _____
Firma e timbro del compilatore _____

ALLEGATO 1E

Scala per la valutazione della condizione della disabilità gravissima per le persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica e muscolare con particolare riferimento alla SLA

Da compilare a cura del Medico Specialista della struttura sanitaria pubblica preposta

Si certifica che il/la Signor/a

Nome _____ Cognome _____
Nato/a _____ il ____/____/____
Residente a _____ Prov. _____
Via/piazza _____ n° ____ telefono _____
_____ C.F. _____
Affetto/a da _____

Riporta il seguente punteggio ai sensi della scala sottostante.....

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

La forza muscolare nei vari distretti muscolari viene valutata con la scala MRC (valori da 5 a 0).

- 5/5 alla scala MRC: movimento possibile contro resistenza massima; 4/5 alla scala MRC: movimento possibile solo contro resistenza minima; 3/5 alla scala MRC: movimento possibile solo contro gravità;
 2/5 alla scala MRC: movimento possibile solo in assenza di gravità; 1/5 alla scala MRC: accenno al movimento;
 0/5 alla scala MRC: assenza di movimento

Criteri di applicazione tabella:

*La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2019 è colei che ha gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala *Medical Research Council* (MRC) ex art. 3 comma 2 lett. e) Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.*

Note.....

Luogo e data _____

Timbro e firma del compilatore _____

ALLEGATO 1 E/A

Scala per la valutazione della condizione della disabilità gravissima per le persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica con particolare riferimento alla Sclerosi Multipla

Da compilare a cura del Medico Specialista della struttura sanitaria pubblica preposta

Si certifica che il/la Signor/a

Nome _____ Cognome _____
Nato/a _____ il ____/____/____
Residente a _____ Prov. _____
Via/piazza _____ n° ____ telefono _____
_____ C.F. _____
Affetto/a da _____

Riporta il seguente punteggio ai sensi della scala sottostante:

Criteri di applicazione tabella:

- *La scala EDSS (Expanded Disability Status Scale) trova ampio uso come strumento per misurare e valutare le caratteristiche cliniche dei pazienti affetti da sclerosi multipla.*
- *La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2019 è colei che ha gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) \geq 9 ex art. 3 comma 2 lett. e) Decreto ministeriale del 26 settembre 2016.*

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

A) Expanded Disability Status Scale (EDSS)

Punteggio EDSS	Caratteristiche cliniche
1-3,5	Paziente deambulante, ma sono presenti deficit neurologici evidenti in diversi sistemi funzionali (motorio, sensitivo, 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 metri.
4,5	Paziente autonomo, con minime limitazioni dell'attività quotidiana. Deambulazione possibile, senza soste e senza riposo, per circa 300 metri.
5	Paziente non del tutto autonomo, con modeste limitazioni dell'attività completa quotidiana. Deambulazione possibile, senza sosta e senza riposo per circa 200 metri.
5,5	Paziente non del tutto autonomo, con evidenti limitazioni dell'attività quotidiana. Deambulazione possibile, senza soste e senza riposo per circa 100 metri.
6	Paziente che necessita di assistenza saltuaria o costante da un lato per percorrere 100 metri senza fermarsi.
6,5	Paziente che necessita di assistenza bilaterale costante, per camminare 20 metri senza fermarsi.
7	Paziente in grado di camminare per più di 5 metri, anche con aiuto, e necessita di sedia a rotelle, riuscendo però a spostarsi dalla sedia da solo.
7,5	Paziente che può muovere solo qualche passo. È obbligato all'uso della carrozzella, e può aver bisogno di aiuto per trasferirsi dalla sedia.

8	Paziente che è obbligato a letto non per tutta la giornata o sulla carrozzella. In genere, usa bene una o entrambe le braccia.
8,5	Paziente essenzialmente obbligato a letto. Mantiene alcune funzioni di autoassistenza, con l'uso abbastanza buono di una o entrambe le braccia.
9	Paziente obbligato a letto e dipendente. Può solo comunicare e viene alimentato.
9,5	Paziente obbligato a letto, totalmente dipendente.
10	Morte dovuta alla malattia.

Note.....

..... Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____

ALLEGATO 1 E/B

Scala per la valutazione della condizione di disabilità gravissima per le persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica con particolare riferimento ai pazienti con Morbo di Parkinson e Parkinsonismi Degenerativi e Atipici

Da compilare a cura del Medico Specialista della struttura sanitaria pubblica preposta

Si certifica che il/la Signor/a

Nome _____ Cognome _____

Nato/a _____ il ____/____/____

Residente a _____ Prov. _____

Via/piazza _____ n° ____ telefono _____

_____ C.F. _____

Affetto/a da _____

Riporta il seguente punteggio ai sensi della scala sottostante.....

A) Scala di *Hoehn e Yahr*

Stadio 1: Malattia unilaterale.

Stadio 2: Malattia bilaterale senza coinvolgimento dell'equilibrio.

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

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

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

Criteri di applicazione tabella:

- *La scala di Hoehn e Yahr è utile per definire lo stato clinico dl paziente affetto da morbo di Parkinson.*
- *La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2019 è colei che ha gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare in stadio 5 di Hoehn e Yahrmod, ex art. 3 comma 2 lett. e), Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016 e che corrisponda anche ad almeno 2 criteri dell'Allegato "2".*

Note:

.....
.....
.....
.....
.....

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____

ALLEGATO 1F

Certificazione per persone con deprivazione sensoriale complessa, intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetro binoculare inferiore al 10% e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore.

Da compilare a cura del Medico Specialista di riferimento della struttura sanitaria pubblica preposta

Si certifica che il/la Signor/a

Nome _____ Cognome _____

Nato/a _____ il ____/____/____

Residente a _____ Prov. _____

Via/piazza _____ n° ____ telefono _____

_____ C.F. _____

Affetto/a da _____

È da considerarsi persona con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore.

Note:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____

ALLEGATO 1G

Scala per la valutazione della condizione di disabilità gravissima per le persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico.

Da compilare a cura del Medico Specialista di riferimento della struttura sanitaria pubblica

Si certifica che il/la Signor/a

Nome _____ Cognome _____
 Nato/a _____ il ____ / ____ / ____
 Residente a _____ Prov. _____
 Via/piazza _____ n° ____ telefono _____
 _____ C.F. _____
 Affetto/a da _____

Ha il seguente livello di classificazione del DSM – 5, per come identificato nella scala sottostante.....

Livelli di gravità DMS – 5

<input type="checkbox"/>	Livello di gravità	Comunicazione sociale	Comportamenti ristretti e ripetitivi
<input type="checkbox"/>	Livello 3 è necessario un supporto molto significativo	I gravi deficit nella comunicazione sociale, verbale e non verbale, causano una grave difficoltà nel funzionamento; iniziativa molto limitata nell'interazione sociale e minima risposta all'iniziativa altrui.	Preoccupazioni, rituali fissi e/o comportamenti ripetitivi che interferiscono marcatamente con il funzionamento in tutte le sfere. Stress marcato quando i rituali o le routine sono interrotti; è molto difficile distogliere il soggetto dal suo focus di interesse, e se ciò avviene egli ritorna rapidamente ad esso.
<input type="checkbox"/>	Livello 2 è necessario un supporto significativo	Deficit marcati nella comunicazione sociale, verbale e non verbale. L'impedimento sociale appare evidente anche quando è presente supporto; iniziativa limitata nell'interazione sociale e ridotta o anormale risposta all'iniziativa degli altri.	Preoccupazioni, rituali fissi e/o comportamenti ripetitivi appaiono abbastanza di frequente da essere evidenti per l'osservatore casuale e interferiscono con il funzionamento in diversi contesti. Stress o frustrazione appaiono quando sono interrotti ed è difficile ridirigere l'attenzione.
	Livello 1 E' necessario un supporto	Senza supporto i deficit nella comunicazione sociale causano impedimenti che	Ritualità e comportamenti ripetitivi causano una interferenza significativa in uno o



	possono essere notati. Il soggetto ha difficoltà ad iniziare le interazioni sociali e mostra chiari esempi di atipicità o insuccesso nella risposta ad iniziative altrui. Può sembrare che abbia un ridotto interesse nella interazione sociale.	più contesti. Resiste ai tentativi da parte degli altri di interromperli.
--	--	--

Criteri di applicazione tabella:

La persona con disabilità gravissima beneficiaria del FNA 2019 è colei che ha una disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5, ex art. 3 comma 2 lett. g), Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.

Note:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Luogo e data _____
Firma e timbro del compilatore _____

ALLEGATO 1H

Scala per la valutazione della condizione di disabilità gravissima per le persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM – 5, QI <= 34.

Da compilare a cura dello Specialista di riferimento della struttura sanitaria pubblica.

Si certifica che il/la Signor/a

Nome _____ Cognome _____

Nato/a _____ il ____ / ____ / ____

Residente a _____ Prov. _____

Via/piazza _____ n° ____ telefono _____

_____ C.F. _____

Affetto/a da _____

Riporta il seguente punteggio ai sensi della scala sottostante:.....

LAPMER-Level of Activity in *Profound/Severe Mental Retardation*

ITEMS	Livelli	Punteggio
Alimentazione	Viene alimentato, cibo di consistenza modificata	0
	Viene alimentato, cibo di consistenza ordinaria	1
	Porta 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 né eventuali perdite (vescicali o intestinali)	1
Comunicazione	Riesce a segnalare alcuni bisogni, attraverso un comportamento aspecifico o stereotipato	0
	Riesce a segnalare alcuni bisogni identificabili da comportamenti specifici	1
	Comunica bisogni verbalmente	2
Manipolazione	Manipolazione assente, oppure reazione di afferramento	0
	Afferramento palmare spontaneo	1
	Utilizza la pinza pollice - indice	2
Vestizione	Vestizione passiva	0
	Si sforza di dare una qualche collaborazione	1
	Stazionario anche su sedia o carrozzina	0

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

Criteria di applicazione tabella:

La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2019 è colei che riporta un punteggio sulla scala LAPMER- Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation ≤ 8 , ex art. 3 comma 2 lett. h), Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.

Note:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____

ALLEGATO 2

Valutazione della condizione di dipendenza vitale (articolo 3, comma 2, lettera i) Decreto Ministeriale 26 Settembre 2016) da utilizzare per tutte le patologie e i casi che non rientrano nelle tabelle dell'ALLEGATO 1

Da compilare a cura dello Specialista di riferimento per patologia della struttura sanitaria pubblica.
Si certifica che il/la Signor/a

Nome _____ Cognome _____
Nato/a _____ il ____ / ____ / ____
Residente a _____ Prov. _____
Via/piazza _____ n° ____ telefono _____
C.F. _____

Affetto/a da _____

Ai fini della identificazione delle persone in condizione di dipendenza ha le seguenti compromissioni:

UNO almeno dei seguenti domini (barrare la casella corrispondente):

- 1. MOTRICITÀ** (Dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana) (Scala ADL-Indice di dipendenza nelle attività della vita quotidiana)

Le attività della vita quotidiana sono svolte completamente da un'altra persona

- 2. STATO DI COSCIENZA** (Compromissione severa o persona non cosciente) Raramente prende decisioni

Mai prende decisioni Persona non cosciente
ed UNO dei seguenti altri domini (barrare la casella corrispondente):

- 3. RESPIRAZIONE**

Necessita di aspirazione quotidiana
 Presenza di Tracheostomia

- 4. NUTRIZIONE**

Necessita di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi (come da linee guida allegate) Combinata orale e enterale/parenterale
 Solo tramite sondino naso-gastrico (SNG) Solo tramite gastrostomia (es. PEG)
 Solo parenterale (attraverso catetere venoso centrale CVC)

NB: Si intendono in condizioni di dipendenza vitale le persone che hanno compromissioni in almeno uno dei domini di cui ai punti 1 e 2 ed in almeno uno di cui ai punti 3 e 4.

Note.....

..... Luogo e data

_____ Firma e timbro del compilatore

**CERTIFICAZIONE MEDICA SPECIALISTICA
DELLA CONDIZIONE DI “DISABILITÀ
GRAVISSIMA” (art. 3 D.M. 26/09/2016)**

Il / La sottoscritto/a Dr. / Dr. ssa _____
In servizio presso _____

Certifica che

Il / La Sig. / Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

_____ Residente a _____

_____ Via _____ n. _____

_____ CAP _____

**E' AFFETTO DA _____ E RIENTRA IN ALMENO
UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI:**

- a) Persone in condizioni di coma, stato vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala di *Glasgow Coma Scale* (GSC) ≤ 10
PUNTEGGIO RISCONTRATO: _____;
- b) Persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24 h/ 7 giorni);
- c) Persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala *Clinical Dementia Rating Scale* (CDRS) ≥ 4 PUNTEGGIO RISCONTRATO: _____;
- d) Persone con lesioni spinali fra CO/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 della scala *Medical Research Council* (MRC), o con punteggio alla *Expanded Disability Status Scale* (EDSS) ≥ 9 PUNTEGGIO RISCONTRATO: _____, o in stadio 5 di *Hoen 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 Q.I. ≤ 34 PUNTEGGIO RISCONTRATO: _____ e con punteggio sulla scala *Level of Activity in Profound/ Severe Mental Retardaion* (LAPMER) ≤ 8 PUNTEGGIO RISCONTRATO: _____;
- i) Ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale (v. Allegato 2 D.M. 26.09.2016) che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

N.B. Lo specialista deve sempre barrare la voce che ricorre ed indicare il punteggio della scala funzionale accertato e allegare la stessa.

Data _____

**Timbro e firma del Medico
Specialista**

ALLEGATO 4

ALL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI VIBO VALENTIA

Domanda di valutazione per l'attivazione del contributo destinato alle disabilità gravissime - FNA 2019 (NON IN GRADUATORIA FNA 2018)

Gli utenti destinatari del contributo saranno i cittadini residenti nei Comuni afferenti all'Asp di Vibo Valentia in condizione di disabilità gravissima, ivi inclusi quelli affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica, stato di Demenza molto grave, quali, tra gli altri, quelli affetti dal morbo di Alzheimer, in condizione di dipendenza vitale e che necessitano, a domicilio, di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria, e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona.

Anagrafica dichiarante

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____ Luogo di nascita _____
Codice fiscale _____ Residente a _____
Via _____ Tel./ Cell. _____
Mail _____ Titolo _____

Per l'indicazione del titolo scegliere tra le seguenti opzioni: a) sè stesso; b) familiare/ genitore o chi esercita la responsabilità genitoriale/ caregiver o chi esercita la rappresentanza legale o tutela

Anagrafica assistito (se diverso dal dichiarante)

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____ Luogo di nascita _____
Codice fiscale _____ Residente a _____
Via _____ Tel./ Cell. _____

CHIEDE

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

Ai sensi del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali per dichiarazioni non veritiere, falsità negli atti o l'uso di atti falsi,

DICHIARA

- che il beneficiario non è attualmente ricoverato, a tempo indeterminato, presso struttura socio sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- di essere a conoscenza che il diritto al contributo cessa con l'inserimento definitivo in struttura residenziale, con il trasferimento al di fuori del territorio regionale o dell'Asp di Vibo Valentia, con il decesso del beneficiario e per sopravvenuta carenza dei requisiti di ammissibilità;
- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione al suddetto Distretto Sanitario in caso di ricovero presso qualsiasi istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 30 giorni per la sospensione temporanea del beneficio, oppure in caso di decesso del beneficiario;
- di non usufruire di altri interventi e servizi socio assistenziali (servizi domiciliari ecc.) erogati dai Comuni e/o altri Enti e che l'accettazione dell'Assegno di cura è, pertanto, sostitutiva di ogni altra prestazione di carattere socio assistenziale;
- di acconsentire alle verifiche che l'Asp intenderà, eventualmente, programmare, secondo modalità e tempistiche ritenute opportune a tal fine (es. dettagliata rendicontazione circa l'utilizzo del contributo, visite a domicilio ecc.).

ALLEGA

- Certificazione sanitaria (scheda di valutazione di cui al D.M. 26 settembre 2016 e allegato 3) rilasciata da una Struttura Sanitaria Pubblica, con relativo numero di protocollo attestante la patologia determinante dipendenza vitale e il grado di non autosufficienza / gravità, conformemente a quanto previsto dal D.M. 26 settembre 2016 e secondo quanto previsto dall'art. 5 del presente Avviso pubblico;
- Verbale di riconoscimento dell'invalidità civile al 100% e dell'indennità di accompagnamento, in corso di validità, secondo quanto previsto dall'art. 5 del presente Avviso pubblico
- Certificazione, ai sensi dell'art. 3, c. 3, L. 104/1992, dello *status* di *handicap* con connotazione di gravità, in corso di gravità, secondo quanto previsto dall'art 5 del presente Avviso pubblico;
- Attestazione ISEE socio sanitario in corso di validità, per valori inferiori a euro 50.000,00, accresciuti a 65.000,00 in caso di beneficiari minorenni, dove l'ISEE da utilizzare è quello per prestazioni agevolate di natura socio – sanitaria;
- Copia del documento di identità, in corso di validità, del richiedente il contributo;
- Copia del documento di identità, in corso di validità, del beneficiario del contributo;
- Autocertificazione, ai sensi del D.P.R. 445/2000, dello stato di famiglia del beneficiario;
- Copia del decreto di nomina di tute, curatela o di amministrazione di sostegno nelle ipotesi ivi previste.

CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito

Sig/ Sig.ra _____

Via / Piazza _____ n. ____ Comune _____

CAP _____ Tel. / Cell. _____ Mail _____

Qualora l'istanza venga accettata dalla Commissione esaminatrice, si chiede di erogare il contributo con le seguenti modalità:

diretto al Sig. Sig.ra _____ nato/a a _____ Prov.

il _____ Codice fiscale _____

Tramite accredito sul: **Conto Corrente Bancario; Conto Corrente Postale**

Intestato a _____; Codice IBAN _____;

c/o Banca / Ufficio Postale _____; Sede Agenzia _____

Informativa PRIVACY: informato, ai sensi dell'art. 13 D.lvo 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti, di cui all'art. 84 del citato D.lvo 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 il diritto di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento, per motivi legittimi, rivolgendosi al titolare e responsabile del trattamento dei dati presso il Distretto Sanitario competente.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO: Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli artt. 81 e 89 del D.lvo 196/2003 e s. m. i., presta il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste dagli "*interventi in favore di persone affette da disabilità gravissime*" della Regione Calabria, ai sensi della D.G.R. n. 331/2023.

Luogo e data _____

Firma del richiedente

ALLEGATO 5

ALL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI VIBO VALENTIA

Domanda di valutazione per l'attivazione del contributo destinato alle disabilità gravissime - FNA 2019 (IN GRADUATORIA FNA 2018)

Gli utenti destinatari del contributo saranno i cittadini residenti nei Comuni afferenti all'Asp di Vibo Valentia in condizione di disabilità gravissima, ivi inclusi quelli affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica, stato di Demenza molto grave, quali, tra gli altri, quelli affetti dal morbo di Alzheimer, in condizione di dipendenza vitale e che necessitano, a domicilio, di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria, e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona.

Anagrafica dichiarante

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____ Luogo di nascita _____
Codice fiscale _____ Residente a _____
Via _____ Tel./ Cell. _____
Mail _____ Titolo _____

Per l'indicazione del titolo scegliere tra le seguenti opzioni: a) sè stesso; b) familiare/ genitore o chi esercita la responsabilità genitoriale/ caregiver o chi esercita la rappresentanza legale o tutela

Anagrafica assistito (se diverso dal dichiarante)

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____ Luogo di nascita _____
Codice fiscale _____ Residente a _____
Via _____ Tel./ Cell. _____

CHIEDE

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

Ai sensi del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali per dichiarazioni non veritiere, falsità negli atti o l'uso di atti falsi,

DICHIARA

- che il beneficiario non è attualmente ricoverato, a tempo indeterminato, presso struttura socio sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- di essere a conoscenza che il diritto al contributo cessa con l'inserimento definitivo in struttura residenziale, con il trasferimento al di fuori del territorio regionale o dell'Asp di Vibo Valentia, con il decesso del beneficiario e per sopravvenuta carenza dei requisiti di ammissibilità;
- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione al suddetto Distretto Sanitario in caso di ricovero presso qualsiasi istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 30 giorni per la sospensione temporanea del beneficio, oppure in caso di decesso del beneficiario;
- di non usufruire di altri interventi e servizi socio assistenziali (servizi domiciliari ecc..) erogati dai Comuni e/o altri Enti e che l'accettazione dell'Assegno di cura è, pertanto, sostitutiva di ogni altra prestazione di carattere socio assistenziale;
- di acconsentire alle verifiche che l'Asp intenderà, eventualmente, programmare, secondo modalità e tempistiche ritenute opportune a tal fine (es. dettagliata rendicontazione circa l'utilizzo del contributo, visite a domicilio ecc...).

ALLEGA

1. autocertificazione, ai sensi del D.P.R. 445/2000, dell'esistenza in vita del beneficiario;
2. attestazione ISEE socio - sanitario, con riferimento ai valori come riportati all'art. 3 del presente avviso, in corso di validità;
3. autocertificazione, ai sensi del D.P.R. 445/2000, dello stato di famiglia del beneficiario;

4. autocertificazione, ai sensi del D.P.R. 445/2000, attestante la sussistenza dell'invalidità civile al 100% e dell'indennità di accompagnamento, nonché dello *status* di *handicap* in condizione di gravità, di cui alla Legge 5 febbraio 1992, n. 104, art. 3, c.3 in corso di validità;
5. Documenti d'identità di richiedente e beneficiario (se minore di entrambi i genitori)

Nella diversa ipotesi in cui siano intervenute delle variazioni delle condizioni socio sanitarie del soggetto, rispetto a quanto già dichiarato e attestato per l'anno 2018, il richiedente avrà obbligo di comunicare, tempestivamente, e con opportuna certificazione, le variazioni intervenute, entro i termini utili previsti dal bando per la presentazione della domanda.

CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito

Sig/ Sig.ra _____

Via / Piazza _____ n. _____ Comune _____

CAP _____ Tel. / Cell. _____ Mail _____

Qualora l'istanza venga accettata dalla Commissione esaminatrice, si chiede di erogare il contributo con le seguenti modalità:

diretto al Sig. Sig.ra _____ nato/a a _____

Prov. _____ il _____ Codice fiscale _____

Tramite accreditato sul: **Conto Corrente Bancario; Conto Corrente Postale**

Intestato a _____; Codice IBAN _____;

c/o Banca / Ufficio Postale _____; Sede Agenzia _____

Informativa PRIVACY: informato, ai sensi dell'art. 13 D.lvo 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti, di cui all'art. 84 del citato D.lvo 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 il diritto di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento, per motivi legittimi, rivolgendosi al titolare e responsabile del trattamento dei dati presso il Distretto Sanitario competente.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO: Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli artt. 81 e 89 del D.lvo 196/2003 e s. m. i., presta il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste dagli "*interventi in favore di persone affette da disabilità gravissime*" della Regione Calabria, ai sensi della D.G.R. n. 331/2023.

Luogo e data _____

Firma del richiedente
