Piano Sociale di Zona
Ambito Territoriale Sociale di Riccia/Bojano

Riccia, lì 01/10/2025

Prot. n. 12843

Ai Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale di Riccia/Bojano

c.a. del Sindaco

c.a. dell'Assistente sociale

OGGETTO: **"Fondo non Autosufficienza 2022-2024 – Interventi rivolti a persone con disabilità grave e gravissima assistite a domicilio". Comunicazione apertura avviso annualità 2024.**

In ottemperanza a quanto disposto dalla Regione Molise relativamente al "Fondo Nazionale Non Autosufficienza 2022-2024" approvato con deliberazione di Giunta Regionale n. 414 del 28/12/2023, recante "DGR n. 131 21/04/2023 – "Programma regionale non autosufficienza 2022-2024. Approvazione piano operativo", si comunica che in data 30/09/2025 si è provveduto a pubblicare l'Avviso Pubblico per la presentazione della domanda di ammissione al Programma Attuativo FNA 2022-2024 "Interventi rivolti a persone con disabilità grave e gravissima assistite a domicilio" – annualità 2024.

Si trasmette, per opportuna conoscenza e per gli adempimenti di competenza, l'Avviso Pubblico, i modelli di domanda e le schede di valutazione e si invita a dare massima informazione e diffusione all'iniziativa.

Il Comune, alla scadenza del termine di presentazione delle domande previsto per le ore 14:00 del giorno 30/10/2025, provvede con lettera di trasmissione a consegnare a mano le domande pervenute al protocollo, unitamente alla documentazione richiesta in sede di domanda, all'Ufficio di Piano entro e non oltre il 07/11/2024.

Per informazioni gli interessati potranno rivolgersi all'Assistente sociale del proprio Comune di residenza.

L'occasione è gradita per porgere cordiali saluti.

Si allega:

- *Avviso Pubblico, modelli di domanda e le scale di valutazione*

La Coordinatrice Responsabile
dell'Ambito Territoriale Sociale di Riccia/Bojano
Dott.ssa Patrizia Pano

Piano Sociale di Zona
Ambito Territoriale Sociale di Riccia/Bojano

Ambito Territoriale Sociale di Riccia-Bojano
Ufficio del Piano di Zona

Riccia (capofila), Bojano, Campochiaro, Campodipietra, Campolieto, Cercemaggiore, Cercepiccola, Colle D'Anchise, Gambatesa, Gildone, Guardiaregia, Jelsi, Macchia Valfortore, Matrice, Monacilioni, Pietracatella, San Giovanni in Galdo, San Giuliano del Sannio, San Massimo, San Polo Matese, Sant'Elia a Pianisi, Sepino, Spinete, Toro e Tufara.

AVVISO PUBBLICO

OGGETTO: PROGRAMMA REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA (FNA) 2022/2024 – SERVIZI ED AZIONI PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI E CON DISABILITA' GRAVE E GRAVISSIMA. ANNUALITA' 2024

Art. 1 Premessa

L'Ambito Territoriale Sociale di Riccia-Bojano emana il presente Avviso Pubblico in coerenza ed attuazione della Deliberazione della Giunta Regionale n. 414 del 28/12/2023 "*DGR 131 del 21.04.2023 – Programma regionale non autosufficienza 2022-2024. Approvazione piano operativo*" e ss.mm.ii.

Il Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (FNA) è costituito da risorse ministeriali destinate alla cura e all'assistenza delle persone con disabilità grave e gravissima, non autosufficienti, assistite a domicilio dai loro familiari oppure da personale di assistenza regolarmente assunto.
L'intervento persegue i seguenti obiettivi specifici:

- favorire la permanenza a domicilio dei non autosufficienti anche in condizioni di alto carico assistenziale o disabilità gravissima;
- facilitare le famiglie nell'assunzione del carico di cura, anche quando siano in condizioni di difficoltà economica, sostenendole nell'acquisizione in autonomia delle prestazioni di assistenza domiciliari, anche temporanee;
- contrastare le situazioni di indigenza economica potenzialmente derivante dagli oneri per la cura di una persona in condizioni di disabilità o non autosufficienza;
- favorire il rientro a domicilio, anche temporaneo, di persone in condizioni di non autosufficienza o disabilità ricoverate presso strutture sociali o sociosanitarie.

Art. 2 Durata

Gli interventi/servizi previsti dal Programma avranno inizio a decorrere dalla data di approvazione delle graduatorie dei beneficiari fino al **31/12/2026**, fatti salvi effetti retroattivi, in relazione ai tempi tecnici della procedura, come di seguito riportato:

- l'Assegno di cura sarà erogato per il periodo dal **01/01/2026 al 31/12/2026** e comunque per un importo corrispondente a dodici mensilità;
- per i servizi domiciliari la decorrenza avrà effetto dalla data di attivazione degli stessi fino al **31/12/2026** per un valore comunque corrispondente a dodici mensilità.

Art. 3 Destinatari

I destinatari del Programma sono le persone, anziani, adulti e minori, e che rientrino nelle seguenti categorie:

Piano Sociale di Zona – Ambito Territoriale Sociale di Riccia/Bojano
C/o Comune di Riccia (CB) – Capofila – Largo Piano della Corte, 6 C.a.p. 86016 – Riccia – Tel./Fax 0874/715075 – C.F. e P.I. 00075910703

a) in prima istanza

1. **Persone anziane non autosufficienti**: residenti in uno dei comuni dell'ATS di Riccia-Bojano, con età pari o superiore ai 65 anni con alto bisogno assistenziale e con indennità di accompagnamento.

2. **Persone con disabilità gravissima**: adulti di età inferiore ad anni 65 o minori, residenti in uno dei comuni dell'ATS di Riccia-Bojano, con indennità di accompagnamento e per le quali sia verificata almeno una delle seguenti condizioni, secondo le seguenti scale di valutazione:

   a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS)<=10;
   b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
   c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)>=4;
   d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione digrado A o B;
   e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9, o in stadio 5 di Hoehn eYahr 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 al10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;
   g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
   h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con QI<=34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) <= 8;
   i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

   Si precisa che, qualora la condizione di cui alle lettere a) e d) sia determinata da eventi traumatici e l'accertamento dell'invalidità non sia ancora definito ai sensi delle disposizioni vigenti, gli interessati possono comunque accedere, nelle more della definizione del processo di accertamento, ai benefici previsti dal Fondo per le non autosufficienze, in presenza di una diagnosi medica di patologia o menomazione da parte dello specialista di riferimento, che accompagni il rilievo funzionale.

Inoltre, sono destinatari degli interventi in favore delle disabilità gravissime anche le persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA), atrofia muscolare spinale (SMA).
N.B. I pazienti/utenti affetti da SLA e SMA già beneficiarie di contributo dovranno ripresentare la domanda.

b) in seconda istanza

3. **Persone con disabilità grave**: adulti di età inferiore ad anni 65 o minori, residenti in uno dei comuni dell'ATS di Riccia-Bojano, con disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992;

Art. 4 Interventi e prestazioni

Il beneficiario e/o i suoi familiari, esprimono una sola preferenza rispetto ai 3 interventi previsti dal Programma, valutata come quella più confacente alle proprie esigenze:

1) Servizi di Assistenza domiciliare sociale. Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari (Legge 234/2021 art. 1, comma 162, lett. a)

"S*ervizio* rivolto *a persone anziane non autosufficienti con alto bisogno assistenziale persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, che richiedono supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo anche ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria soluzioni abitative, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane, rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane, adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza".*

Tali interventi sono finalizzati a sostenere e potenziare la domiciliarità delle persone con disabilità gravissima, prevedendo all'interno del PAI l'assistenza domiciliare diretta, in termini di ore di assistenza alla persona e supporto alla famiglia, e di potenziamento delle ore rispetto a quelle già previste nei LEA ovvero un numero di ore comprese tra 6 e 12 ore/settimana, per 52 settimane annue.

Beneficiari:

- **Anziani non autosufficienti con alto bisogno assistenziale (numero ore settimanali comprese tra 6 e 12);**
- **Persone con Disabilità Gravissima (numero ore settimanali comprese tra 6 e 12);**
- **Persone con Disabilità Grave (voucher euro 300 mese).**

2) <u>Servizi Sociali di Sollievo</u> (Legge 234/2021 art. 1, comma 162, lett. b)

L'intervento "*prevede l'attivazione e l'organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore anche mediante gli strumenti di programmazione e progettazione partecipata secondo quanto previsto dal codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, nonché sulla base delle esperienze di prevenzione, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato locali con la frequenza di Centri Diurni e/o Centri Socio-educativi presenti sul territorio regionale, finalizzata a garantire il mantenimento e il potenziamento delle capacità residue ed all'acquisizione di maggiori livelli di autonomia di persone con grave disabilità che hanno terminato il percorso scolastico*."

Particolare attenzione va riservata anche ai minori con disabilità grave, in favore dei quali si potranno sostenere progetti di natura educativa/socializzante che favoriscano il loro benessere psico/fisico.

Beneficiari:

- **Enti del Terzo Settore (i soli gestori dei Centri Socio Educativi, regolarmente autorizzati/accreditati, ricadenti sul territorio dell'ATS di Riccia-Bojano) per azioni di progettazione partecipata con i familiari di persone con disabilità grave, frequentanti i CSE.**

  Le risorse dedicate a tale misura saranno trasferite direttamente ai gestori del CSE entro il limite massimo delle stesse e sulla base dei criteri di valutazione indicati al successivo articolo 7.

3) <u>Contributi Economici</u> (Legge 234/2021 art. 1, comma 164)

"G*li ATS garantiscono l'offerta dei servizi e degli interventi di cui alle aree individuate al comma 162. L'offerta può essere integrata da contributi, diversi dall'indennità di accompagnamento di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti e il supporto ai familiari che partecipano all'assistenza. Tali contributi sono utilizzabili esclusivamente per remunerare il lavoro di cura svolto da operatori titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore di cui all'articolo 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81, o per l'acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale".*

<u>Beneficiari:</u>

- **Anziani non autosufficienti con alto bisogno assistenziale (Assegno di cura o Sostegno caregiver - 500 euro mese);**
- **Persone con Disabilità Gravissima (Assegno di cura o Sostegno caregiver - 500 euro mese);**

- **Persone con Disabilità Grave (Assegno di cura o Sostegno caregiver - 300 euro mese).**

Prestazioni previste:

- **Assegno di Cura**. Remunerazione del lavoro di cura e di assistenza della persona non autosufficiente/disabile svolto da operatori titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore di cui all'articolo 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81 assunto direttamente dalla persona/famiglia;

- **Voucher**. Acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale. Rilascio di voucher per l'acquisto del servizio di assistenza a cura di personale qualificato fornito da un ente terzo accreditato nel settore socio-assistenziale;

- **Sostegno** ai soggetti di cui all'art. 1, co. 255 della legge 205/2017 – **Caregiver**
  (Ai sensi della L. 205/2017 **si definisce caregiver** "*il familiare/la persona di fiducia che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33,comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18*".)

N.B. Tra gli interventi previsti come "servizi", sono previsti ulteriori prestazioni da attivare *ad hoc*, quando questo sarà necessario e che per i quali non è possibile presentare istanza di ammissione nell'ambito del presente bando, quali:

- il pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato;
- il servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità;
- ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie, per periodi concordati con la persona e/o la famiglia e nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare (con conseguente interruzione del servizio di assistenza domiciliare); sono compatibili spese a copertura della sola quota sociale. Il ricovero di sollievo prevede l'onere a carico della Regione, limitatamente alla quota sociale, fino ad un massimo di € 38,00/giorno per un periodo continuativo nel corso dell'anno di n. 15 giorni.

Tali servizi saranno garantiti direttamente dall'ATS al bisogno e su richiesta dei beneficiari.

Art. 5 Modalità di presentazione della domanda

L'istanza di ammissione al Programma deve essere redatta utilizzando esclusivamente a pena di esclusione gli appositi modelli allegati al presente Avviso Pubblico, avendo cura di produrre unitamente la certificazione richiesta.

Tali modelli saranno disponibili presso gli Uffici di Cittadinanza dei Comuni facenti parte dell'Ambito Territoriale Sociale di Riccia-Bojano nonché scaricabili dai siti istituzionali dell'ATS di Riccia-Bojano e Comuni ad esso afferenti.

La domanda, debitamente compilata e firmata, dovrà essere inviata a pena di nullità al proprio Comune di residenza nelle seguenti modalità:

- inoltrata a mezzo raccomandata A/R all'Ufficio Protocollo del Comune di residenza del beneficiario in busta chiusa e riportando la seguente dicitura: "*Domanda di ammissione al Programma Attuativo FNA annualità 2024*" (non farà fede il timbro postale di partenza, ma la data di ricevimento);
- consegnata a mano all'Ufficio Protocollo del Comune di residenza del beneficiario;
- inoltrata a mezzo PEC al Comune di residenza del beneficiario.

dal 30/09/2025 ed entro e non oltre le ore 14:00 del 30/10/2025.

Sarà cura dei singoli Comuni trasmettere le domande pervenute, entro il giorno 07/11/2025, all'Ufficio di Piano dell'ATS di Riccia-Bojano.
L'ATS di Riccia-Bojano ed i comuni afferenti allo stesso non si assumono la responsabilità di eventuali disservizi postali ovvero imputabili a fatto di terzi.

L'istanza di ammissione deve essere corredata, a pena di esclusione, dai seguenti documenti per TUTTI i richiedenti il beneficio (anziani, adulti e minori):

1. Copia di un documento di identità del/della potenziale beneficiario/a in corso di validità e dell'eventuale legale rappresentante;
2. Copia di un documento di identità del caregiver in corso di validità e autocertificazione sottoscritta dal caregiver relativa al suo domicilio (se diverso dalla residenza anagrafica) compatibile con l'assistenza al beneficiario di cure (allegato 5);
3. Verbale della Commissione per l'accertamento di invalidità e/o sentenza del Tribunale dai quali si evince di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 18 dell'11/02/1980;
4. ISEE socio-sanitario anno 2025 del/della potenziale beneficiario/a (Il valore ISEE da utilizzare è quello previsto per le prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria - art. 6 del DPCM 159/2013) in quanto l'ammissibilità è condizionata ad un valore Isee socio-sanitario inferiore ad euro 50.000,00 accresciuta ad euro 65.000,00 in caso di beneficiari minorenni;

- **PER I SOLI DISABILI GRAVISSIMI, AD INTEGRAZIONE DEI DOCUMENTI AI PUNTI 1, 2, 3 E 4, dovrà essere allegata anche:**

  - la certificazione medica a cura del MMG debitamente firmata e datata con l'apposizione del timbro del medico certificatore (la cui data non potrà essere antecedente a mesi 6 dalla pubblicazione dell'avviso);

- scala di valutazione (per coloro che rientrano in una delle patologie di cui alle lettere: a), c), d), e) e h) debitamente firmata e datata con l'apposizione del timbro del medico certificatore;
- certificazione (per coloro che rientrano in una delle patologie di cui alle lettere: b), f), g), ed i)) attestante la gravità della patologia di appartenenza, in particolare per la lettera i) la valutazione dovrà essere effettuata sulla base dei Domini indicati nell'allegato 2 al Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016, con specifica attestazione di aver preso visione di tuttala documentazione sanitaria specialistica in possesso del paziente.

- **PER I SOLI DISABILI GRAVI, AD INTEGRAZIONE DEI DOCUMENTI AI PUNTI 1, 2 E 4, dovrà essere allegata anche:**

  - Verbale della certificazione di disabilità riconosciuta (Art. 3 comma 3 Legge 104/1992).

- **PER LE PERSONE AFFETTE DA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA (SLA) O DA ATROFIA MUSCOLARE SPINALE (SMA) AD INTEGRAZIONE DEI DOCUMENTI AI PUNTI 1, 2, 3 E 4, dovrà essere allegata anche:**

  - Certificato medico specialistico attestante la patologia (malattia del motoneurone).

- **PER I SOLI ENTI DEL TERZO SETTORE:**
  - Copia di un documento di identità del legale rappresentante;
  - Statuto e atto costitutivo;
  - Proposta progettuale in favore di persone con disabilità grave;
  - Verbale della certificazione di disabilità riconosciuta (Art. 3 comma 3 Legge 104/1992) delle persone inserite nel progetto;
  - Copia dei curricula del Legale Rappresentante e del Responsabile Tecnico.

Art. 6 Irricevibilità e inammissibilità delle domande

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

Sono considerate irricevibili le domande:
a) pervenute o consegnate a mano precedentemente alla data di pubblicazione oppure oltre il termine di scadenza fissato nel presente Avviso;
b) presentate su modulistica diversa da quella allegata;
c) presentate secondo modalità diverse da quelle indicate all'art. 5;
d) presentate in favore di beneficiari residenti in un Comune di un altro ATS.

Sono considerate inammissibili le domande:
a) che presentino caselle **non barrate** oppure **con apposizione di doppia scelta** dove non prevista;
b) la compilazione di scale non conformi al bando regionale o non compilate con esattezza, secondo quanto indicato all'art. 5.

Art. 7 Motivi di esclusione

Sono escluse:
1) le domande presentate dai cittadini che non abbiano i requisiti di accesso di cui all'art. 3;
2) i cittadini con ISEE socio-sanitario di importo superiore ad € 50.000,00 ovvero € 65.000,00 nel caso di minori;
3) le persone assistite in regime residenziale presso strutture sanitarie, sociosanitarie ed assistenziali.

Art. 8 Istruttoria e procedura di valutazione

L'ATS di Riccia-Bojano, al termine delle verifiche di sussistenza dei requisiti e regolarità della documentazione pervenuta, procederà nel seguente modo:

1. entro 15 giorni dalla scadenza dell'avviso pubblico provvederà a trattare le domande che hanno vizi formali sulla base delle regole del soccorso istruttorio, ad eccezione di quelle che presentano carenze di carattere sanitario (certificazioni mediche, scale di valutazione, punteggi, ISEE etc.);
2. per i soli aspetti di carattere sanitario, al fine di esaminare la documentazione presentata e disporre o meno l'ammissione definitiva dei richiedenti alla procedura, l'ATS si avvarrà di apposita Commissione Tecnica composta dal Responsabile del servizio, dall'Assistente sociale responsabile del programma e da almeno un medico esperto del Distretto Sanitario;
3. stabilisce quali, tra i pazienti che hanno inoltrato istanza, necessitano di visita domiciliare sulla base delle indicazioni regionali (limitatamente ai nuovi casi e solo se gli stessi non siano già conosciuti dai servizi territoriali e la cui documentazione in possesso al Distretto Sanitario non sia antecedente di mesi 6 dalla data di scadenza del presente avviso);
4. trasmette le istanze al Distretto Sanitario per la valutazione e compilazione mediante gli strumenti indicati dalla Regione, ossia SVAMA e SVAMA SEMPLIFICATA (per le persone anziane) e SVAMDI (per le persone disabili);
5. al termine delle valutazioni socio-sanitarie mediante l'utilizzo delle schede di cui sopra, sarà convocata, presso il Distretto Sanitario di riferimento, l'UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale), che definisce il Piano Assistenziale Individuale (PAI);
6. a seguito della predisposizione dei Piano Assistenziale Individuale e del punteggio emerso in UVM della SVAMA semplificata e della SVAMDI (il cui punteggio sarà sviluppato da un apposito algoritmo) per ciascun beneficiario, verranno approvate con specifico provvedimento

le graduatorie di merito riferibili alle tipologie di beneficiari ed ai servizi/interventi richiesti.

A parità di punteggio delle schede di valutazione utilizzate (SVAMA SEMPLIFICATA o SVAMDI), avranno accesso ai benefici previsti dal Programma prioritariamente gli utenti con valore ISEE socio-sanitario inferiore.

In caso di ulteriore parità verrà ammesso l'utente il cui nucleo familiare risulti in condizione di maggiore fragilità sulla base delle valutazioni espresse dall'assistente sociale mediante compilazione della scheda di rilevazione fragilità allegata al presente Disciplinare **allegato sub 2)**.

Tutte le procedure per la valutazione delle istanze e l'attivazione dell'UVM sono sancite nell'Accordo interistituzionale di collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria per persone con non autosufficienza o disabilità a cui si rimanda.

Saranno ammessi a beneficio:

- **Anziani non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale**: l'ammissione al Programma è consentita a coloro che conseguono un punteggio compreso tra 11 e 18 sulla Scheda SVAMA Semplificata; le relative graduatorie saranno formulate secondo l'ordine decrescente del predetto punteggio ed andranno a scorrimento fino ad esaurimento fondi previsti per gli specifici servizi o contributi economici;

- **Persone con disabilità grave e gravissima**: l'ammissione al programma è determinata dal punteggio della scheda SVAMDI dato dalla **media aritmetica ponderata** tra il **profilo di gravità**
  (valore max 9,60) ed il **profilo di funzionamento** (valore max 18,40), derivanti dalla compilazione della scheda SVAMDI informatizzata.

  Il valore massimo attribuibile dalla scheda SVAMDI è **15,38** (valore max media aritmetica ponderata gravità/funzionamento) e non è previsto un punteggio minimo, ossia le graduatorie, ordinate in ordine decrescente di punteggio, anche in questo caso andranno a scorrimento fino ad esaurimento fondi previsti per gli specifici servizi o contributi economici.

Le graduatorie dei beneficiari saranno formulate considerando gli interventi previsti, le richieste pervenute e la conseguente valutazione di merito.

Si evidenzia che, nel caso in cui due o più utenti appartenenti allo stesso nucleo familiare risultino idonei e beneficiari del "Contributo Economico (Legge 234/2021 art. 1, comma 164)", il primo beneficiario avrà diritto al 100% dell'ammontare del beneficio, gli altri il 50%.

In ottemperanza alla nota e alla circolare n. 1/2024 della Regione Molise - Servizio "Programmazione delle politiche sociali - Ufficio interventi per l'inclusione sociale e la disabilità" - giunta al Comune di Riccia al Prot. n. 12710 del 30/09/2025, si precisa che:

- La SVaMA (Scala di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano) e la SVaMDI (Scala di Valutazione Multidimensionale della Disabilità) hanno validità annuale (12 mesi);

- Per tutte le valutazioni effettuate dalle UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale), che includono l'utilizzo delle suddette scale, non devono essere ripetute nel caso in cui esse siano in corso di validità, salvo il caso in cui vi sia stato un peggioramento delle condizioni di vita e/o di salute. In tale ipotesi, coloro che richiedono una nuova rivalutazione multidimensionale a fronte di un aggravamento delle proprie condizioni di salute e/o vita dovranno allegare le attestazioni del Medico di medicina generale e dell'Assistente sociale, prodotte successivamente alla data di valutazione del Programma FNA 2023; pertanto, se si necessita di una nuova rivalutazione è necessario:
  - barrare la relativa casella;
  - allegare le attestazioni del Medico di medicina generale e dell'Assistente sociale;

- Per le nuove domande (annualità 2024) di accesso ai benefici finanziati dal Fondo o per domande per le quale il periodo di validità delle scale di valutazione (SVaMA e SVaMDI) è scaduto (annualità 2022), si procede con la procedura standard, che prevede la convocazione dell'UVM e la compilazione delle relative scale di valutazione multidimensionale (SVaMA e SVaMDI).

Per la valutazione dei progetti presentati dagli ETS saranno utilizzati i seguenti criteri:

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

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

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

Art. 9 Liquidazione

In seguito all'approvazione delle graduatorie, di cui all'art. 7, e solo dopo l'erogazione delle somme da parte della Regione Molise, si procederà alla liquidazione nelle seguenti modalità:

1. Per i **trasferimenti monetari** (Assegno di cura, contributo caregiver) la liquidazione avverrà semestralmente previa verifica della permanenza dei requisiti, ossia, l'esistenza in vita e permanenza presso il proprio domicilio, l'eventuale ricovero in struttura ospedaliera, extraospedaliera o struttura socio-sanitaria, assistenziale o riabilitativa, per un periodo continuativo non superiore a 30 giornate;
   La prima liquidazione sarà effettuata, dopo l'approvazione della graduatoria, con effetto retroattivo.
   In caso di decesso/rinuncia del beneficiario, l'Assegno di cura sarà liquidato fino al giorno antecedente alla data di decesso/rinuncia e si procederà contestualmente allo scorrimento di graduatoria per il rimanente periodo.

2. Per i **servizi** (voucher)/**progetti** sarà corrisposto dopo l'attivazione dello stesso e a seguito di rendicontazione trimestrale delle ore svolte, come da PAI approvato in UVM, a cura del beneficiario e/o dell'Ente del Terzo Settore che gestisce il servizio, in quest'ultimo caso il pagamento verrà effettuato direttamente all'ETS come trasferimento (valore voucher).

Art. 10 Rinvio e clausola di salvaguardia

Per tutto quanto non espressamente previsto nel presente Avviso si rinvia a quanto disciplinato nel **Piano operativo regionale per la non autosufficienza** – Programma Regionale per la non autosufficienza 2022/2024, approvato con la deliberazione della delibera di G. R. n. 414 del 28/12/2023, nonché ai successivi atti regionali.

Art. 11 Trattamento dati

I dati personali, conferiti ai fini dell'ammissione ai Servizi ed alle azioni di cui al presente Avviso, saranno raccolti e trattati, nell'ambito del relativo procedimento amministrativo, nel rispetto del nuovo Regolamento UE n. 679/2016 sulla protezione dei dati personali.

Art. 12 Informazioni

Sarà possibile rivolgersi per qualsiasi informazione e supporto all'Assistente Sociale del proprio Comune di residenza.

Art. 13 Responsabile del procedimento

Il responsabile del procedimento è il Responsabile dell'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale Sociale

di Riccia-Bojano, Dott.ssa Patrizia Pano.

Riccia, 30 settembre 2025

Il Responsabile dell'Ufficio di Piano

Dott.ssa Patrizia Pano

Allegati:

Per gli Utenti:
- All. 1 Modello di domanda Anziani alto bisogno assistenziale
- All. 2 modello di domanda Disabili Gravissimi
- All. 3 Modello di domanda Disabili Gravi
- All. 4 Modello di domanda Enti del Terzo Settore per persone disabili gravi e progetto
- All. 5 Autocertificazione caregiver

Per il Medico di Medicina Generale e/o il Medico Specialista:
- All. 6 Modello scala Glasgow Coma Scale (GCS)
- All. 7 Modello scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)
- All. 8 Modello scala ASIA Impairment Scale (AIS)
- All. 9 Modello scala Medical Research Council (MRC)
- All. 10 Modello scala Expanded Disability Status Scale (EDSS)
- All. 11 Modello scala di Hoehn e Yahr mod
- All. 12 Modello scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER)
- All. 13 Certificazione di valutazione condizione patologica di cui alla lettera i)

Per l'UVM:
- All. 14 S.Va.M.Di.
- All. 15 S.Va.M.A.
- All. 16 S.Va.M.A. semplificata
- All. 17 Scheda fragilità nucleo familiare (Allegato sub 2)
- All. 18 PAI - Scheda piano assistenziale individualizzato

Allegato n. 1

Al Comune di residenza

_____

MODULO PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI CON INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO

DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA FNA 2022 - 2024

Programma Regionale Non Autosufficienza – annualità 2024

D.G.R. n. 131 del 21/04/2023 e D.G.R. n. 414 del 28/12/2023

Il /la sottoscritto/a

cognome_____nome_____

nato/a_____prov._____il ___/___/_____residente a

_____ via _____ n._____ Contatto

telefonico _____Email_____

C.F.

in qualità di
(barrare la voce rispondente)

□ beneficiario diretto

oppure *(barrare voce che ricorre)*

□ Care Giver □ Tutore □ Curatore □ Amministratore di sostegno

di cognome_____nome_____

nato/a_____ prov._____ il ___/___/_____ residente a

_____via _____n.___

C.F.

CHIEDE

di essere ammesso al Programma Regionale per la non Autosufficienza 2022- 2024 – Annualità 2024, a tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

1) Che la sig./sig.ra _____ha un'età pari o superiore ai 65 anni;
2) Che il sig./sig.ra _____, è titolare di indennità di accompagnamento (Legge n. 18/1980 e ss. mm. ii.), si trova in condizioni di non autosufficienza o disabilità severa e quindi con alto bisogno assistenziale.
3) che il nucleo familiare del beneficiario è così composto:

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

4) di usufruire di altre prestazioni socio-assistenziali e/o sanitarie quali:
   □ SAD anziani n.ore _____settimanali
   □ Altro specificare_____ □Assistenza Infermieristica
   □ Home Care Premium (NB: la misura è compatibile con quelle previste dal Programma regionale FNA 2022 – 2024) n. ore____mensili prestazione integrativa /contributo mensile prestazione prevalente €_____.

ALL'UOPO RICHIEDE

(a pena di esclusione, barrare una sola casella)

□ **L'assegno di cura ai fini della** remunerazione del lavoro di cura e di assistenza della persona non autosufficiente/disabile svolto da operatori titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore di cui all'articolo 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81 assunto direttamente

dalla persona/famiglia (erogazione monetaria pari a 500 euro/mese) *(cfr. art 4 punto 3) dell'avviso pubblico).*

□ **Il voucher per l'assistenza** corrisposto a titolo di riconoscimento dell'assistenza fornita da parte del caregiver familiare e/o a titolo di concorso alle spese sostenute per il personale di assistenza regolarmente impiegato. Il voucher si sostanzia in un pacchetto di buoni per l'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare finalizzati a garantire attività di natura socio-assistenziale che consentono alla persona non autosufficiente o disabile gravissimo, di acquistare in autonomia servizi di cura e di assistenza domiciliare sociale presso soggetti accreditati con gli Ambiti Territoriali Sociali. *(cfr. art 4 punto 3) dell'avviso pubblico).*

□ **Sostegno** ai soggetti di cui all'art. 1, co.255 della legge 205/2017 – Caregiver (erogazione monetaria pari a 500 euro/mese) *(cfr. art 4 punto 3) dell'avviso pubblico).*

□ **Assistenza domiciliare sociale**, ore di assistenza alla persona e supporto alla famiglia, e di potenziamento delle ore rispetto a quelle già previste nei LEA ovvero un numero di ore comprese tra 6 e 12 ore/settimana *(cfr. art 4 punto 1) dell'avviso pubblico).*

Inoltre RICHIEDE

(ESCLUSIVAMENTE PER I SOGGETTI CHE HANNO PRESENTATO ISTANZA DI ACCESSO AL PROGRAMMA FNA ANNUALITA' 2023)

NUOVA RIVALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE a fronte di un aggravamento delle proprie condizioni di salute e/o vita attestate dal Medico di medicina generale e dall'Assistente sociale:

(*a pena di esclusione, barrare una sola casella*)

□ SI □ NO

DICHIARA ALTRESI'

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

b) di essere a conoscenza che l'ATS di Riccia-Bojano, per il tramite dell'Ufficio di Piano, ai sensi dell'art. 71 DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà la decadenza dal beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti;

c) di essere a conoscenza che l'ATS di Riccia-Bojano, per il tramite dell'Ufficio di Piano e/o dell'assistente sociale che ha in carico il caso, si riserva di chiedere in qualsiasi momento integrazioni alla presente domanda.

SI ALLEGANO

(a pena di esclusione)

□ **copia documento d'identità** in corso di validità del beneficiario e/o *care giver.*

□ **autocertificazione sottoscritta dal caregiver** relativa al suo domicilio (se diverso dalla residenza anagrafica) compatibile con l'assistenza al beneficiario di cure (*allegato 5*);

□ **copia del verbale della commissione medica** di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 18 dell'11/02/1980 e ss. mm.;

□ **copia dell'attestazione ISEE socio sanitario** in corso di validità *(ISEE da presentare è quello previsto per le prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria art. 6 del DPCM 159/2013).*

- **Per le persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) o da atrofia muscolare spinale (SMA) ad integrazione dei documenti su indicati dovrà essere allegato:**

  □ Certificato medico specialistico attestante la patologia (malattia del motoneurone).

- **Per coloro che HANNO barrato la casella SI (si richiede RIVALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE) allegare:**

  □ certificato del Medico di medicina generale e dell'Assistente sociale che attesti un aggravamento delle proprie condizioni di salute e/o vita.

Luogo e data_____ Firma _____

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

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

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è il Coordinatore/ Responsabile dell'ATS Riccia/Bojano, nella persona del Dott.ssa Patrizia Pano domiciliata per la carica in Riccia (CB), presso l'Ufficio di Piano, con sede legale al Largo Piano della Corte, n. 6 (Tel. 0874715075).

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati è la società I.C.M. di Moffa Alberto via G. Marconi n. 27 tel: 0874716998.

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari per gli adempimenti previsti per legge, inclusa la completa e corretta formazione della verifica dei requisiti di legge per la concessione del beneficio "FNA annualità 2024 – servizi ed azioni per persone non autosufficienti e con disabilità grave e gravissima" – D.G.R n. 414 del 28/12/2023 e D.G.R. n. 131 del 21/04/2023.

Modalità del trattamento e conservazione

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

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

Ambito comunicazione e diffusione

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

Trasferimento dei dati personali

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

Categorie particolari di dati personali

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

Diritti dell'interessato

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

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

Può esercitare i suoi diritti con richiesta scritta inviata all'Ufficio di Piano dell'ATS Riccia/Bojano, in persona del Coordinatore/Responsabile Dott.ssa Patrizia Pano, all'indirizzo postale della sede legale Riccia (CB) Largo Piano della Corte, n. 6 o all'indirizzo pec comune.ricciacb@legalmail.it.

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

……, lì ……

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

- **esprimo il mio consenso** al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati;
- **esprimo il mio consenso** alla comunicazione dei miei dati personali ad enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa;
- **esprimo il mio consenso** al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede.

Firma ……

Allegato n. 2

Al Comune di residenza

_____

MODULO DISABILI GRAVISSIMI CON INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO

Rientrano tra i beneficiari degli interventi anche le persone affette da SLA o malattie dei motoneuroni e da SMA.

DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA FNA 2022 - 2024

Programma Regionale Non Autosufficienza - annualità *2024*

D.G.R. n. 131 del 21/04/2023 e D.G.R. n. 414 del 28/12/2023

Il /la sottoscritto/a

cognome_____nome_____

nato/a_____prov._____il ___/___/_____residente a

_____via _____n._____

Contatto telefonico. _____Email_____

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | |

in qualità di

(barrare la voce rispondente)

□ beneficiario diretto

oppure *(barrare voce che ricorre)*

□Care Giver □Tutore □Curatore □Amministratore di sostegno

di cognome_____nome_____

nato/a_____ prov._____ il ___/___/_____ residente a

_____via _____n.___

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | |

CHIEDE

di essere ammesso al Programma Regionale per la non Autosufficienza 2022- 2024 – Annualità 2023, a tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci.

DICHIARA

ovvero

☐ è titolare di **indennità di accompagnamento** (Legge n. 18/1980 e ss. mm.) e si trova in condizioni di non autosufficienza o disabilità severa rientrante in una delle seguenti patologie:

(sezione da compilare da Medico di MMG - a pena di esclusione: barrare una sola casella – in base alla patologia compilare scheda di valutazione o certificazione come previsto dall'Avviso Pubblico)

☐ **a.** persona in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤10;

☐ **b.** persona dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);

☐ **c.** persona con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥4;

☐ **d.** persona con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;

☐ **e.** persona con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9, o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;

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

☐ **g.** persona con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;

☐ **h.** persona con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con QI<=34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤8;

☐ **i.** persona in condizione di dipendenza vitale che necessita di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche, valutate secondo l'all. 2 del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016;

☐ **persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) o da atrofia muscolare spinale (SMA).**

1) che il nucleo familiare dell'assistito è così composto:

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

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

□ SAD disabili n. ore _____settimanali

□ Altro specificare_____ □ Assistenza Infermieristica

□ Home Care Premium (NB: la misura è compatibile con quelle previste dal Programma regionale FNA 2022 – 2024) n. ore _____ mensili prestazioni integrative/contributo mensile prestazione prevalente € _____.

ALL'UOPO RICHIEDE

(barrare una sola casella)

□ **L'assegno di cura** ai fini della remunerazione del lavoro di cura e di assistenza della persona non autosufficiente/disabile svolto da operatori titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore di cui all'articolo 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81 assunto direttamente dalla persona/famiglia (erogazione monetaria pari a 500 euro/mese) *(cfr. art 4 punto 3) dell'avviso pubblico).*

□ **Il voucher per l'assistenza** corrisposto a titolo di riconoscimento dell'assistenza fornita da parte del caregiver familiare e/o a titolo di concorso alle spese sostenute per il personale di assistenza regolarmente impiegato. Il voucher si sostanzia in un pacchetto di buoni per l'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare finalizzati a garantire attività di natura socio-assistenziale che consentono alla persona non autosufficiente o disabile gravissimo, di acquistare in autonomia servizi di cura e di assistenza domiciliare sociale presso soggetti accreditati con gli Ambiti Territoriali Sociali. *(cfr. art 4 punto 3) dell'avviso pubblico).*

□ **Sostegno** ai soggetti di cui all'art. 1, co.255 della legge 205/2017 – Caregiver (erogazione monetaria pari a 500 euro/mese) *(cfr. art 4 punto 3) dell'avviso pubblico).*

□ **Assistenza domiciliare sociale**, ore di assistenza alla persona e supporto alla famiglia, e di potenziamento delle ore rispetto a quelle già previste nei LEA ovvero un numero di ore comprese tra 6 e12 ore/settimana *(cfr. art 4 punto 1) dell'avviso pubblico).*

Inoltre RICHIEDE

(ESCLUSIVAMENTE PER I SOGGETTI CHE HANNO PRESENTATO ISTANZA DI ACCESSO AL PROGRAMMA FNA ANNUALITA' 2023)

NUOVA RIVALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE a fronte di un aggravamento delle proprie condizioni di salute e/o vita attestate dal Medico di medicina generale e dall'Assistente sociale:

(*a pena di esclusione, barrare una sola casella*)

□ SI □ NO

DICHIARA ALTRESI'

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

SI ALLEGANO

(a pena di esclusione)

□ **copia documento d'identità** in corso di validità del beneficiario e/o *care giver.*

□ **autocertificazione sottoscritta dal caregiver** relativa al suo domicilio (se diverso dalla residenza anagrafica) compatibile con l'assistenza al beneficiario di cure (*allegato 5*);

□ **copia del verbale della commissione medica** di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 18 dell'11/02/1980 e ss. mm.;

□ **copia dell'attestazione ISEE sociosanitario** in corso di validità *(ISEE da presentare è quello previsto per le prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria art. 6 del DPCM 159/2013).*

Certificazione medica a cura del MMG *(barrare casella di riferimento)*

☐ **scala di valutazione** (per coloro che rientrano in una delle patologie di cui alle lettere: a), c), d), e) e h) debitamente firmata, datata con l'apposizione del timbro del medico certificatore. Dette scale, i cui modelli sono allegati al presente Avviso, dovranno essere compilate dal Medico di Medicina Generale sulla base della documentazione specialistica in possesso del paziente ovvero dal Medico specialista del SSN (operante presso struttura pubblica o accreditata).

☐ **certificazione (**per coloro che rientrano in una delle patologie di cui alle lettere: b), f), g), ed i)) attestante la gravità della patologia di appartenenza, in particolare per la lettera i) la valutazione dovrà essere effettuata sulla base dei Domini indicati nell'allegato 2 al Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016, debitamente firmata, datata e con l'apposizione del timbro del medico certificatore, con specifica attestazione di aver preso visione di tutta la documentazione sanitaria specialistica in possesso del paziente.

- **Per le persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) o da atrofia muscolare spinale (SMA) ad integrazione dei documenti su indicati dovrà essere allegato:**

  □ Certificato medico specialistico attestante la patologia (malattia del motoneurone).

- **<u>Per coloro che HANNO barrato la casella SI (si richiede RIVALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE) allegare:</u>**

  □ certificato del Medico di medicina generale e dell'Assistente sociale che attesti un aggravamento delle proprie condizioni di salute e/o vita.

Luogo e data_____ Firma _____

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

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

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è il Coordinatore/ Responsabile dell'ATS Riccia/Bojano, nella persona del Dott.ssa Patrizia Pano domiciliata per la carica in Riccia (CB), presso l'Ufficio di Piano, con sede legale al Largo Piano della Corte, n. 6 (Tel. 0874715075).

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati è la società I.C.M. di Moffa Alberto via G. Marconi n. 27 tel: 0874716998.

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari per gli adempimenti previsti per legge, inclusa la completa e corretta formazione della verifica dei requisiti di legge per la concessione del beneficio "FNA annualità 2024 – servizi ed azioni per persone non autosufficienti e con disabilità grave e gravissima" – D.G.R n. 414 del 28/12/2023 e D.G.R. n. 131 del 21/04/2023.

Modalità del trattamento e conservazione

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

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

Ambito comunicazione e diffusione

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

Trasferimento dei dati personali

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

Categorie particolari di dati personali

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

Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

Diritti dell'interessato

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

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

Può esercitare i suoi diritti con richiesta scritta inviata all'Ufficio di Piano dell'ATS Riccia/Bojano, in persona del Coordinatore/Responsabile Dott.ssa Patrizia Pano, all'indirizzo postale della sede legale Riccia (CB) Largo Piano della Corte, n. 6 o all'indirizzo pec comune.ricciacb@legalmail.it.

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

……, lì ……

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

- **esprimo il mio consenso** al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati;
- **esprimo il mio consenso** alla comunicazione dei miei dati personali ad enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa;
- **esprimo il mio consenso** al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede.

Firma ……

Allegato n. 3

Al Comune di residenza

_____

MODULO DISABILI GRAVI (LEGGE 104/1992 ART. 3 COMMA 3)

DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA FNA 2022 - 2024

Programma Regionale Non Autosufficienza - annualità *2024*

D.G.R. n. 131 del 21/04/2023 e D.G.R. n. 414 del 28/12/2023

Il /la sottoscritto/a

cognome_____nome_____

nato/a_____prov._____il __/____/_____residente a

_____via_____n._____

Contatto telefonico._____Email_____

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | |

in qualità di

(barrare la voce rispondente)

□ beneficiario diretto

oppure *(barrare voce che ricorre)*

□ Care Giver □ Tutore □ Curatore □ Amministratore di sostegno

di cognome_____nome_____

nato/a_____ prov._____ il ___/___/_____ residente a

_____via_____n.____

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | |

CHIEDE

di essere ammesso al Programma Regionale per la non Autosufficienza 2022- 2024 – Annualità 2023, a tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci.

DICHIARA

☐ di essere riconosciuto disabile ai sensi della legge 104/92 art. 3 c.3

☐ è che il nucleo familiare dell'assistito è così composto:

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

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

□ SAD disabili n. ore ___settimanali

□ Altro specificare_____ □ Assistenza Infermieristica

□ Home Care Premium (NB: la misura è compatibile con quelle previste dal Programma regionale FNA 2022 – 2024) n. ore _____ mensili prestazioni integrative/contributo mensile prestazione prevalente €__ _____.

ALL'UOPO RICHIEDE

(barrare una sola casella)

☐ **L'assegno di cura** ai fini della remunerazione del lavoro di cura e di assistenza della persona non autosufficiente/disabile svolto da operatori titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore di cui all'articolo 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81 assunto direttamente dalla persona/famiglia (erogazione monetaria pari a 300 euro/mese) *(cfr. art 4 punto 3) dell'avviso pubblico).*

☐ **Sostegno** ai soggetti di cui all'art. 1, co.255 della legge 205/2017 – Caregiver (erogazione monetaria pari a 300 euro/mese) *(cfr. art 4 punto 3) dell'avviso pubblico).*

☐ **Assistenza domiciliare sociale**, attraverso voucher dell'importo pari a 300 euro/mese *(cfr. art 4 punto 1) dell'avviso pubblico).*

Inoltre RICHIEDE

(ESCLUSIVAMENTE PER I SOGGETTI CHE HANNO PRESENTATO ISTANZA DI ACCESSO AL PROGRAMMA FNA ANNUALITA' 2023)

NUOVA RIVALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE a fronte di un aggravamento delle proprie condizioni di salute e/o vita attestate dal Medico di medicina generale e dall'Assistente sociale:

(*a pena di esclusione, barrare una sola casella*)

□ SI □ NO

DICHIARA ALTRESI'

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

SI ALLEGANO

(a pena di esclusione)

□ **copia documento d'identità** in corso di validità del beneficiario e/o caregiver;

□ **autocertificazione sottoscritta dal caregiver** relativa al suo domicilio (se diverso dalla residenza anagrafica) compatibile con l'assistenza al beneficiario di cure;

□ **copia del verbale di riconoscimento della disabilità** ai sensi della Legge 104/92 art. 3 comma 3;

□ **copia dell'attestazione ISEE sociosanitario** in corso di validità *(ISEE da presentare è quello previsto per leprestazioni agevolate di natura socio-sanitaria art. 6 del DPCM 159/2013).*

- **<u>Per coloro che HANNO barrato la casella SI (si richiede RIVALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE) allegare:</u>**

  □ certificato del Medico di medicina generale e dell'Assistente sociale che attesti un aggravamento delle proprie condizioni di salute e/o vita.

Luogo e data _____ Firma _____

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

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

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è il Coordinatore/ Responsabile dell'ATS Riccia/Bojano, nella persona del Dott.ssa Patrizia Pano domiciliata per la carica in Riccia (CB), presso l'Ufficio di Piano, con sede legale al Largo Piano della Corte, n. 6 (Tel. 0874715075).

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati è la società I.C.M. di Moffa Alberto via G. Marconi n. 27 tel: 0874716998.

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari per gli adempimenti previsti per legge, inclusa la completa e corretta formazione della verifica dei requisiti di legge per la concessione del beneficio "FNA annualità 2024 – servizi ed azioni per persone non autosufficienti e con disabilità grave e gravissima" – D.G.R n. 414 del 28/12/2023 e D.G.R. n. 131 del 21/04/2023.

Modalità del trattamento e conservazione

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

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

Ambito comunicazione e diffusione

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

Trasferimento dei dati personali

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

Categorie particolari di dati personali

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

Diritti dell'interessato

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

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

Può esercitare i suoi diritti con richiesta scritta inviata all'Ufficio di Piano dell'ATS Riccia/Bojano, in persona del Coordinatore/Responsabile Dott.ssa Patrizia Pano, all'indirizzo postale della sede legale Riccia (CB) Largo Piano della Corte, n. 6 o all'indirizzo pec comune.ricciacb@legalmail.it.

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

……, lì ……

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

- **esprimo il mio consenso** al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati;
- **esprimo il mio consenso** alla comunicazione dei miei dati personali ad enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa;
- **esprimo il mio consenso** al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede.

Firma ……

Allegato n. 4

Al Comune di residenza

_____

MODULO PER ENTI DEL TERZO SETTORE PER PROGETTI IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE

DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA FNA 2022 - 2024

Programma Regionale Non Autosufficienza – annualità 2024

D.G.R. n. 131 del 21/04/2023 e D.G.R. n. 414 del 28/12/2023

Il /la sottoscritto/a

cognome_____nome_____

nato/a_____prov._____il ____/____/_____residente a

_____via _____n._____Contatto telefonico

_____Email_____

C.F.

in qualità di

Legale rappresentante dell'Ente del Terzo Settore _____con sede legale

nel Comune di _____ Via_____ n._____

P.IVA/C.F._____ Email_____

PEC_____

CHIEDE

di essere ammesso al Programma Regionale per la non Autosufficienza 2022- 2024 – Annualità 2024, a tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

1) Che il progetto candidato è denominato_____;

2) Che il costo complessivo del progetto è pari a_____;

3) Che il progetto è rivolto in favore di persone con disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 104/1992, frequentanti il Centro Socio Educativo presente nel Comune di Bojano;

4) Che il progetto è rivolto in favore delle seguenti persone (aggiungere righe se necessario):

N.	Cognome e Nome	Data di nascita	Comune di residenza
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

ALL'UOPO RICHIEDE

(barrare la casella)

□ **Servizi Sociali di Sollievo** L'intervento prevede l'attivazione e l'organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore anche mediante gli strumenti di programmazione e progettazione partecipata secondo quanto previsto dal codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, nonché sulla base delle esperienze di prevenzione, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato locali con la frequenza di Centri Diurni e/o Centri Socio- educativi presenti sul territorio regionale, finalizzata a garantire il mantenimento e il potenziamento delle capacità residue ed all'acquisizione di maggiori livelli di autonomia di persone con grave disabilità che hanno terminato il percorso scolastico.

Particolare attenzione va riservata anche ai minori con disabilità grave, in favore dei quali si potranno sostenere progetti di natura educativa/socializzante che favoriscano il loro benessere psico/fisico (cfr. art 4 punto 2) dell'avviso pubblico).

DICHIARA ALTRESI'

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

SI ALLEGANO

(a pena di esclusione)

□ **Copia di un documento di identità del legale rappresentante;**

□ **Statuto e atto costitutivo;**

□ **Modello schema progettuale in favore di persone con disabilità grave** (*come di seguito riportato*);

□ **Verbale della certificazione di disabilità riconosciuta (Art. 3 comma 3 Legge 104/1992) delle persone inserite nel progetto;**

□ **Copia dei curricula del Legale Rappresentante e del Responsabile Tecnico.**

Luogo e data_____ Firma _____

MODELLO SCHEDA PROGETTUALE

1) TITOLO PROGETTO;

2) ELENCO DEI BENEFICIARI;

3) BREVE DESCRIZIONE DELLA DISABILITA' DEI BENEFICIARI E DELLA LORO STORIA IN RELAZIONE ALLA DISABILITA';

5) OBIETTIVI PREVISTI DAL PROGETTO;

6) ATTIVITA' ED INTERVENTI PREVISTI;

7) SPECIFICARE SE ATTIVITA' ED INTERVENTI SONO GIA' STATI SPERIMENTATI O SE SONO INNOVATIVI PER LA STORIA DEI BENEFICIARI;

8) SPECIFICARE IL TIPO DI COINVOLGIMENTO DEI GENITORI, DEGLI INSEGNANTI, DEI MEDICI DI RIFERIMENTO E/O ALTRE FIGURE NELLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO;

9) COSTI DEL PROGETTO DETTAGLIATI E PRECISATI PER MENSILITA' PRECISANDO IL TOTALE:

- **COSTI DEL PERSONALE E GESTIONALI**
- **COSTI DEI MATERIALI, UTENZE, SERVIZI, ECC.**

- TOTALE SPESA MENSILE PREVISTA
- TOTALE SPESA ANNUALE PREVISTA

LUOGO E DATA

_____

FIRMA LEGALE RAPPRESENTANTE

_____

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

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

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è il Coordinatore/ Responsabile dell'ATS Riccia/Bojano, nella persona del Dott.ssa Patrizia Pano domiciliata per la carica in Riccia (CB), presso l'Ufficio di Piano, con sede legale al Largo Piano della Corte, n. 6 (Tel. 0874715075).

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati è la società I.C.M. di Moffa Alberto via G. Marconi n. 27 tel: 0874716998.

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari per gli adempimenti previsti per legge, inclusa la completa e corretta formazione della verifica dei requisiti di legge per la concessione del beneficio "FNA annualità 2024 – servizi ed azioni per persone non autosufficienti e con disabilità grave e gravissima" – D.G.R n. 414 del 28/12/2023 e D.G.R. n. 131 del 21/04/2023.

Modalità del trattamento e conservazione

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

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

Ambito comunicazione e diffusione

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

Trasferimento dei dati personali

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

Categorie particolari di dati personali

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

Diritti dell'interessato

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

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

Può esercitare i suoi diritti con richiesta scritta inviata all'Ufficio di Piano dell'ATS Riccia/Bojano, in persona del Coordinatore/Responsabile Dott.ssa Patrizia Pano, all'indirizzo postale della sede legale Riccia (CB) Largo Piano della Corte, n. 6 o all'indirizzo pec comune.ricciacb@legalmail.it.

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

……, lì ……

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

- ☐ **esprimo il mio consenso** al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati;
- ☐ **esprimo il mio consenso** alla comunicazione dei miei dati personali ad enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa;
- ☐ **esprimo il mio consenso** al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede.

Firma ……

Allegato. n. 5

Autodichiarazione del Care Giver

Autocertificazione - Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(art. 46 e 47 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Il /la sottoscritto/a

cognome_____ nome_____

nato/a_____ prov._____ il ___/___/_____ residente a

_____ via _____ n._____

Contatto telefonico. _____ Email_____

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | |

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

☐ **Di essere caregiver che fornisce assistenza continuativa in forma gratuita o a contratto;**

☐ **Di avere il domicilio in una distanza compatibile con gli impegni di assistenza al beneficiario;**

di cognome_____ nome_____

nato/a_____ prov.____ il ___/___/_____ residente a

_____via _____n.__

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | |

In quanto impiegato principalmente in queste attività (barrare le opzioni di interesse):

☐ cura dell'igiene personale

☐ preparazione/somministrazione pasti

☐ somministrazione di farmaci/terapie

☐ presenza durante i momenti di riposo, contrattualmente previsti, dell'assistente familiare regolarmente assunto

☐ co-presenza durante la somministrazione di cure mediche e sociosanitarie da parte di personale esperto

☐ disbrigo di pratiche amministrative

☐ altro _____

DICHIARA INOLTRE di:

☐**NON** aver assunto il ruolo di caregiver per più di due persone contemporaneamente richiedenti il Programma Regionale per la Non Autosufficienza delle Regione Molise;

☐ essere occupato con contratto di lavoro di ___ ore settimanali

☐ di essere libero professionista

☐ di essere pensionato (artt. 45 e 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

☐ disoccupato

☐ altro_____

Firma del Care Giver

_____

AUTORIZZA

il trattamento dei propri dati personali presenti nella presente dichiarazione ai sensi dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679)"Codice in materia di protezione dei dati personali", per i fini propri della presente dichiarazione.

Luogo e data

_____

Firma del Care Giver

_____

Allegato n. 6

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

SCALA GLASGOW

GLASGOW Coma Scale (Articolo 3, comma 2, lettera a)
Teasdale G, Jennett B. (1974). "Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale.". Lancet 13 (2): 81−4

Utente: Nome_____ **Cognome**_____

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

Data, _____

Firma e Timbro
(medico certificatore)

_____

Allegato n. 7

SCALA CDR

Clinical Dementia Rating Scale (CDR) estesa (*Articolo 3, comma 2, lettera c*)
*Hughes, C. P., Berg, L., Danziger, W. L.***,** *et al* **(**1982**)** *A new clinical scale for the staging of dementia.*
British Journal of Psychiatry, 140, 566 -*572*

Utente: Nome_____**Cognome**_____

	NORMALE **CDR 0**	DEMENZA DUBBIA **CDR 0.5**	DEMENZA LIEVE **CDR 1**	DEMENZA MODERATA **CDR 2**	DEMENZA GRAVE **CDR 3**
Memoria	Memoria adeguata o smemoratezza occasionale	Lieve smemoratezza permanente; parziale rievocazione di eventi	Perdita memoria modesta per eventi recenti; interferenza attività quotidiane	Perdita memoria severa: materiale nuovo perso rapidamente	Perdita memoria grave; rimangono alcuni frammenti
Orientamento	Perfettamente orientato		Alcune difficoltà nel tempo; possibile disorientamento topografico	Usualmente disorientamento temporale, spesso spaziale	Orientamento solo personale
Giudizio soluzione problemi	Risolve bene i problemi giornalieri; giudizio adeguato rispetto al passato	Dubbia compromissione nella soluzione di problemi; analogie differenze	Difficoltà moderata; esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale adeguato	Difficoltà severa esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale compromesso	Incapace di dare giudizi o di risolvere problemi
Attività sociali	Attività indipendente e livelli usuali ne lavoro, acquisti, pratiche burocratiche	Solo dubbia compromissione nelle attività descritte	Incapace di compiere indipendentemente le attività, ad esclusione di attività facili	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. In grado di essere portato fuori casa	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. Non in grado di uscire
Casa e hobbies	Vita domestica e interessi intellettuali conservati	Vita domestica e interessi intellettuali lievemente compromessi	Lieve ma sensibile compromissione della vita domestica; abbandono hobbies ed interessi	Interessi ridotti, non sostenuti, vita domestica ridotta a funzioni semplici	Nessuna funzionalità fuori dalla propria camera
Cura personale	Interamente capace di curarsi della propria persona	Richiede facilitazione	Richiede aiuto per vestirsi, igiene, utilizzazione effetti personali	Richiede molta assistenza per cura personale; non incontinenza urinaria	Richiede molta assistenza per cura personale; incontinenza urinaria

CDR 4: DEMENZA MOLTO GRAVE
Il paziente presenta severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da solo, nel controllare la funzione intestinale o vescicale.

CDR 5: DEMENZA TERMINALE
Il paziente richiede assistenza totale perché completamente incapace di comunicare, in stato vegetativo, allettato, incontinente.

Data, _____

Firma e Timbro
(medico certificatore)

_____

Clinical Dementia Rating Scale

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

Allegato n. 8

SCALA ASIA

ASIA Impairment Scale (AIS) (*Articolo 3, comma2, lettera d*)

www.**asia**-spinalinjury.org/elearning/**ASIA**_ISCOS_high.pdf

Utente: Nome_____**Cognome**_____

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

Data, _____

Firma e Timbro
(medico certificatore)

_____

Allegato n. 9

SCALA MRC

Bilancio muscolare complessivo alla scala *Medical Research Council* (MRC)
(*Articolo 3, comma2, lettera e*)

Utente: Nome_____ Cognome_____

Forza muscolare

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

Data, _____

Firma e Timbro
(medico certificatore)

_____

Allegato n. 10

SCALA EDSS

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

Utente: Nome_____**Cognome**_____

Punteggio EDSS	**Caratteristiche cliniche**
1-3,5	Paziente deambulante, ma sono presenti deficit neurologici evidenti in diversi sistemi funzionali (motorio, sensitivo, cerebellare, visivo, sfinterico) di grado lieve-moderato, con un impatto parziale sull'autonomia.
4	Paziente autonomo, deambulante senza aiuto e senza riposo, per circa 500 metri.
4,5	Paziente autonomo, con minime limitazioni dell'attività quotidiana. Deambulazione possibile, senza soste e senza riposo, per circa 300 metri.
5	Paziente non del tutto autonomo, con modeste limitazioni dell'attività completa quotidiana. Deambulazione possibile, senza soste e senza riposo, per circa 200 metri.
5,5	Paziente non del tutto autonomo, con evidenti limitazioni dell'attività quotidiana. Deambulazione possibile, senza soste e senza riposo, per circa 100 metri.
6	Paziente che necessita di assistenza saltuaria o costante da un lato per percorrere 100 metri senza fermarsi.
6,5	Paziente che necessita di assistenza bilaterale costante, per camminare 20 metri senza fermarsi.
7	Paziente non in grado di camminare per più di 5 metri, anche con aiuto, e necessita di sedia a rotelle, riuscendo però a spostarsi dalla stessa 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 stessa.
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.

Data, _____

Firma e Timbro
(medico certificatore)

_____

Allegato n. 11

SCALA HOEHN E YAHR

Utente: Nome_____**Cognome**_____

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

La scala di Hoehn e Yahr è utile per definire lo stadio clinico del paziente affetto da morbodi Parkinson:
Stadio 1: Malattia unilaterale.
Stadio 2: Malattia bilaterale senza coinvolgimento dell'equilibrio.
Stadio 3: Malattia da lieve a moderata, qualche instabilità posturale indipendente.
Stadio 4: Malattia conclamata, ancora in grado di deambulare autonomamente.
Stadio 5: Paziente costretto a letto o in sedia a rotelle.

Data, _____

Firma e Timbro
(medico certificatore)

_____

Allegato n. 12

SCALA LAPMER

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

Utente: Nome_____ **Cognome**_____

ITEMS	Livelli	Punteggio
Alimentazione	Viene alimentato, cibo di consistenza modificata	0
	Viene alimentato, cibo di consistenza ordinaria	1
	Porta il cibo alla bocca (con o senza supervisione o assistenza)	2
Controllo sfinterico	Non riesce a segnalare necessità di evacuazione né eventuali perdite (vescicali o intestinali)	0
	Riesce a segnalare necessità di evacuazione o eventuali perdite (vescicali o intestinali)	1
Comunicazione	Riesce a segnalare alcuni bisogni, attraverso un comportamento aspecifico o stereotipato	0
	Riesce a segnalare alcuni bisogni identificabili da comportamenti specifici	1
	Comunica bisogni verbalmente	2
Manipolazione	Manipolazione assente, oppure reazione di afferramento	0
	Afferramento palmare spontaneo	1
	Utilizza la pinza pollice-indice	2
Vestizione	Vestizione Passiva	0
	Si sforza di dare una qualche collaborazione	1
Locomozione	Stazionario anche su sedia o carrozzina	0
	SI traferisce nell'ambiente	1
Orientamento mento	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

Data, _____

Firma e Timbro
(medico certificatore)

_____

Allegato n. 13

Criteri di valutazione per le patologie di cui al punto i) ai sensi del DM 26.09.2016

(Altre persone in condizione di dipendenza vitale)

Utente: Nome_____ Cognome_____

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

Data, _____

Firma e Timbro
(medico certificatore)

_____

Allegato A) al Decreto del Commissario ad acta n. 78 del 17.11.2010

UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI _____

S.Va.M.Di.

Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone con disabilità

Sig./ra

Data di domanda __/__/____

☐ **Attivazione** ☐ **Verifica**

Tessera sanitaria es. ticket

Codice fiscale

Data di nascita __/__/____ Sesso ☐ Femmina ☐ Maschio

Residenza

Comune Prov.

CAP Tel. Cellulare

Distretto Socio Sanitario di

Medico di Medicina Generale

Telefono Cellulare

e-mail

Assistente Sociale

Telefono Cellulare

e-mail

Persona di riferimento

Grado di parentela

Telefono Cellulare

Residenza

Comune

DIAGNOSI delle attuali principali condizioni di salute

Indicare la codifica nosologica in codice ICD X *(indicare con una x il tipo di diagnosi)*	ICD X	Diagnosi principale	Diagnosi comorbidità
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
Fonte diagnosi			

Menomazioni delle funzioni corporee	Nessuna menomazione	Lieve menomazione	Media menomazione	Grave menomazione	Completa menomazione	Non specificato	Non applicabile
	0	1	2	3	4	8	9
mentali/intellettive (**b110**, **b114**, **b117**, **b140**, **b144**, **b156**, **b164**, **b167**)							
mentali/comportamentali (**b130**, **b134**, **b148**, **b152**)							
sensoriale e del dolore (**b2**)							
della voce e dell'eloquio (**b3**)							
dei sistemi cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio (**b4**)							
dei sistemi digerente, metabolico ed endocrino (**b5**)							
genito-urinarie e riproduttive (**b6**)							
neuromuscoloscheletriche e correlate al movimento (**b7**)							
Ogni altra funzione corporea							

Menomazioni delle strutture corporee	Nessuna menomazione	Lieve menomazione	Media menomazione	Grave menomazione	Completa menomazione	Non specificato	Non applicabile
	0	1	2	3	4	8	9
sistema nervoso (**s1**)							
occhio, orecchio e strutture correlate (**s2**)							
legate alla voce dell'eloquio (**s3**)							
dei sistemi cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio (**s4**)							
dell'apparato digerente e dei sistemi metabolico ed endocrino (**s5**)							
correlate al sistema genito-urinario (**s6**)							
legate al movimento (**s7**)							
cute e strutture correlate (**s8**)							
Ogni altra struttura corporea							

Limitazioni dell'attività e restrizioni della partecipazione	Performance							Capacità						
	Nessuna menomazione	Lieve menomazione	Media menomazione	Grave menomazione	Completa menomazione	Non specificato	Non applicabile	Nessuna menomazione	Lieve menomazione	Media menomazione	Grave menomazione	Completa menomazione	Non specificato	Non applicabile
Performance/capacità	0	1	2	3	4	8	9	0	1	2	3	4	8	9
apprendimento e applicazione delle conoscenze (**d1**)														
compiti ed esigenze generali (**d2**)														
comunicazione (**d3**)														
mobilità (**d4**)														
cura della propria persona (**d5**)														
attività domestiche (**d6**)														
attività interpersonali (**d7**)														
principali aree di vita (**d8**)														
alla vita sociale, civile e di comunità (**d9**)														

Fattori ambientali	Performance							Capacità						
	Nessuna menomazione	Lieve menomazione	Media menomazione	Grave menomazione	Completa menomazione	Non specificato	Non applicabile	Nessuna menomazione	Lieve menomazione	Media menomazione	Grave menomazione	Completa menomazione	Non specificato	Non applicabile
Barriera/facilitatore	0	1	2	3	4	8	9	0	1	2	3	4	8	9
Prodotti e tecnologia (**e1**)														
Ambiente naturale e cambiamenti effettuati dall'uomo (**e2**)														
Relazioni e sostegno sociale (**e3**)														
Atteggiamenti (**e4**)														
Servizi e politiche (**e5**)														

Sintesi dei bisogni rilevati

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Verbale U.V.M.

Cognome e nome

Data di nascita ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

SULLA BASE DELLA DOCUMENTAZIONE AGLI ATTI E DI QUANTO EMERSO DALLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE, L'U.V.M. PRENDE LE SEGUENTI DECISIONI:
(*definizione del progetto complessivo cui concorrono diversi enti e servizi*)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

☐ Autosufficiente

☐ Parzialmente autosufficiente

☐ Non autosufficiente

Codifica progetto individuale

01 Interventi domiciliari

☐ assistenza domiciliare integrata ADI	☐ assistenza domiciliare SAD		
☐ assegno di sollievo	☐ buono di servizio per		
☐ aiuto personale L. 162/98	☐ aiuto personale L. 284/97	☐ programma Vita Indipendente	
02 ☐ Centro diurno	03 Trasporto ☐ sì ☐ no	04 ☐ integrazione lavorativa	04 ☐ progetto inserimento sociale lavorativo
05 ☐ assistenza scolastica	06 ☐ ausili	07 ☐ altro	
07 Residenzialità	☐ Gruppo Appartamento		
	☐ Comunità Alloggio		
	☐ Comunità Residenziale		
	☐ R.S.A.		
	☐ altro		

Referente del progetto .....

Verifica programmata .....

Convocati	Presenti	Partecipanti	Cognome e Nome	Firma
1 ☐	1 ☐			
2 ☐	2 ☐			
3 ☐	3 ☐			
4 ☐	4 ☐			
5 ☐	5 ☐			
6 ☐	6 ☐			

Data ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Timbro e firma del Responsabile U.V.M.

.....

PARTE 1a - MENOMAZIONI DELLE FUNZIONI CORPOREE

- Le Funzioni Corporee sono le funzioni fisiologiche dei sistemi corporei (incluse le funzioni psicologiche)
- Le Menomazioni sono problemi nella funzione del corpo, intesi come una deviazione o una perdita significative

Qualificatore (estensione delle menomazioni)
0 Nessuna menomazione (assente, trascurabile, ... 0-4%). **1 Menomazione lieve** (leggera, piccola, ... 5-24%). **2 Menomazione media** (moderata, discreta, ... 25-49%) **3 Menomazione grave** (notevole, estrema, ... 50-95%). **4 Menomazione completa** (totale, 96-100%). **8 Non specificato** significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della menomazione. **9 Non applicabile** significa che è inappropriato applicare un particolare codice (es: b650 Funzioni della mestruazione per donne in età di pre-menarca o di post-menopausa).

Breve Lista delle Funzioni Corporee	**Qualificatore**
B1. FUNZIONI MENTALI	
b110 Coscienza	
b114 Orientamento (*tempo, spazio, persona*)	
b117 Intelletto (*compresi ritardo, demenza*)	
b122 Funzioni psicosociali globali	
b126 Funzioni del temperamento e della personalità	
b130 Funzioni dell'energia e delle pulsioni	
b134 Sonno	
b140 Attenzione	
b144 Memoria	
b147 Funzioni psicomotorie	
b152 Funzioni emozionali	
b156 Funzioni percettive	
b160 Funzioni del pensiero	
b164 Funzioni cognitive di livello superiore	
b167 Linguaggio	
b176 Funzione mentale di sequenza dei movimenti complessi	
b180 Funzioni dell'esperienza del sé e del tempo	
B2. FUNZIONI SENSORIALI E DOLORE	
b210 Vista	
b230 Udito	
b235 Funzioni vestibolari (*compreso l'equilibrio*)	
b280 Dolore	
B3. FUNZIONI DELLA VOCE E DELL'ELOQUIO	
b310 Voce	
b330 Funzioni della fluidità e del ritmo dell'eloquio	
B4. FUNZIONI DEI SISTEMI CARDIOVASCOLARE, EMATOLOGICO, IMMUNOLOGICO E DELL'APPARATO RESPIRATORIO	
b410 Cuore	
b420 Pressione sanguigna	
b430 Sistema ematologico (*sangue*)	
b435 Sistema immunologico (*allergie, ipersensibilità*)	
b440 Respirazione (*respiro*)	
B5. FUNZIONI DELL'APPARATO DIGERENTE E DEI SISTEMI METABOLICO ED ENDOCRINO	
b515 Digestione	
b525 Defecazione	
b530 Mantenimento del peso	
b545 Equilibrio idrico ed elettrolitico	
b550 Termoregolazione	
b555 Ghiandole endocrine (*alterazioni ormonali*)	

B6. FUNZIONI GENITOURINARIE E RIPRODUTTIVE	
b620 Funzioni urinarie	
b640 Funzioni sessuali	
b650 Funzioni mestruali	
B7. FUNZIONI NEURO-MUSCOLO-SCHELETRICHE E CORRELATE AL MOVIMENTO	
b710 Mobilità dell'articolazione	
b730 Forza muscolare	
b735 Tono muscolare	
b760 Funzione di controllo del movimento volontario	
b765 Movimento involontario	
B8. FUNZIONI DELLA CUTE E DELLE STRUTTURE CORRELATE	
OGNI ALTRA FUNZIONE CORPOREA	

INFORMAZIONI SINTETICHE SULLO STATO DI SALUTE

Altezza: _____ cm Peso: _____ Kg

Sta assumendo qualche farmaco? ☐ sì ☐ no

Se sì, specificare i farmaci principali che sta assumendo:

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

Utilizza qualche ausilio come occhiali, apparecchio acustico, sedia a rotelle ecc.?

☐ sì ☐ no

Se sì, specificare il tipo di assistenza fornito:

_____

Sta ricevendo qualche tipo di trattamento per la sua salute? ☐ sì ☐ no

Se sì, specificare il tipo di assistenza fornito:

_____

Ulteriori informazioni significative sullo stato di salute:

_____

_____

_____

_____

_____

Si prega di segnalare le informazioni utilizzate:

1. ☐ documenti scritti
2. ☐ soggetto interessato
3. ☐ informazioni fornite da altri
4. ☐ osservazione diretta

Cognome e nome del compilatore ☐

Ruolo ☐ Data ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Firma .....

PARTE 1b - MENOMAZIONI DELLE STRUTTURE CORPOREE

- Le strutture corporee sono le parti anatomiche del corpo come gli organi, gli arti e le loro componenti.
- Le menomazioni sono problemi nella struttura del corpo, intesi come una deviazione o una perdita significativa.

Primo Qualificatore *(estensione delle menomazioni)*	**Secondo Qualificatore** *(natura del cambiamento)*	**Terzo Qualificatore** *(localizzazione)*
0 Nessuna menomazione (assente, trascurabile, ... 0-4%). **1 Menomazione lieve** (leggera, piccola, ... 5-24%). **2 Menomazione media** (moderata, discreta, ... 25-49%) **3 Menomazione grave** (notevole, estrema, ... 50-95%). **4 Menomazione completa** (totale, 96-100%). **8 Non specificato** significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della menomazione. **9 Non applicabile** significa che è inappropriato applicare un particolare codice (es: b650 Funzioni della mestruazione per donne in età di pre-menarca o di post-menopausa).	**0** Nessun cambiamento della struttura **1** Assenza totale **2** Assenza parziale **3** Parte in eccesso **4** Dimensioni anormali **5** Discontinuità **6** Posizione deviante **7** Cambiamenti qualitativi nella struttura, incluso l'accumulo di fluidi **8** Non specificato **9** Non applicabile	**0** Più di una regione **1** Destra **2** Sinistra **3** Entrambi i lati **4** Frontale **5** Dorsale **6** Prossimale **7** Distale **8** Non specificato **9** Non applicabile

Breve Lista delle Strutture Corporee	**Primo qualificatore**	**Secondo qualificatore**	**Terzo Qualificatore**
S1. STRUTTURE DEL SISTEMA NERVOSO			
s110 Cervello			
S120 Midollo spinale e nervi periferici			
S2. OCCHIO, ORECCHIO E STRUTTURE CORRELATE			
S3. STRUTTURE COINVOLTE NELLA VOCE E NELL'ELOQUIO			
S4. STRUTTURE DEI SISTEMI CARDIOVASCOLARE, IMMUNOLOGICO E DELL'APPARATO RESPIRATORIO			
s410 Sistema cardiovascolare			
s420 Sistema immunitario			
s430 Sistema respiratorio			
S5. STRUTTURE CORRELATE ALL'APPARATO DIGERENTE E AI SISTEMI METABOLICO ED ENDOCRINO			
S6. STRUTTURE CORRELATE AL SISTEMA GENITOURINARIO E RIPRODUTTIVO			
s610 Sistema urinario			
s630 Sistema riproduttivo			
S7. STRUTTURE CORRELATE AL MOVIMENTO			
s710 Regione del capo e del collo			
s720 Regione della spalla			
s730 Estremità superiori (*braccio, mano*)			
s740 Regione pelvica			
s750 Estremità inferiori (*gamba, piede*)			
s760 Tronco			
S8 CUTE E STRUTTURE CORRELATE			
OGNI ALTRA STRUTTURA CORPOREA			

Si prega di segnalare le informazioni utilizzate:

1. ☐ documenti scritti
2. ☐ soggetto interessato
3. ☐ informazioni fornite da altri
4. ☐ osservazione diretta

Cognome e nome del compilatore

Ruolo Data / /

Firma .....

PARTE 2 - LIMITAZIONI DELL'ATTIVITA' E RESTRIZIONI DELLA PARTECIPAZIONE

- L'Attività è l'esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo. La Partecipazione è il coinvolgimento in una situazione di vita.
- Le Limitazioni dell'Attività sono le difficoltà che un individuo può incontrare nello svolgere delle attività. Le Restrizioni alla Partecipazione sono i problemi che un individuo può sperimentare nel coinvolgimento nelle situazioni della vita.
- I fattori ambientali costituiscono gli atteggiamenti, l'ambiente fisico, sociale e degli atteggiamenti, in cui le persone vivono e conducono la loro esistenza.

Il **qualificatore Performance** indica il **grado della restrizione nella partecipazione** descrivendo l'**attuale** performance delle persone in un compito o in un'azione **nel loro ambiente reale**. Poiché l'ambiente reale introduce al contesto sociale, performance può essere intesa come "coinvolgimento in una situazione di vita" o "esperienza vissuta" delle persone nel contesto reale in cui vivono.
Questo contesto include i fattori ambientali - tutti gli aspetti del mondo fisico, sociale e degli atteggiamenti - che possono essere codificati usando la componente Fattori Ambientali. Il qualificatore Performance misura la difficoltà che la persona incontra nel **fare le cose**, **ammesso che le voglia fare**.

Il **qualificatore Capacità** indica il grado di limitazione nell'attività descrivendo l'**abilità della persona** ad eseguire un compito o una azione. Il qualificatore Capacità focalizza l'attenzione sulle limitazioni che sono caratteristiche inerenti o intrinseche delle persone stesse. Queste limitazioni dovrebbero essere manifestazioni dirette dello stato di salute della persona, **senza assistenza**. Per assistenza intendiamo l'aiuto di un'altra persona, o l'assistenza fornita da un veicolo o da uno strumento adattato o appositamente progettato o qualsiasi modificazione ambientale di una stanza, della casa, del posto di lavoro, ecc. Il livello dovrebbe essere valutato relativamente alle capacità normalmente attese per quella persona o alle capacità della persona prima delle attuali condizioni di salute.

Primo Qualificatore - *Performance* *(grado di restrizione della partecipazione)*	**Secondo Qualificatore - *Capacità*** (senza influenza dell'ambiente o assistenza) *(grado di limitazione dell'attività)*
0 Nessuna difficoltà significa che la persona non presenta il problema. **0 Nessun problema** (assente, trascurabile, ... 0-4%). **1 Problema lieve** (leggera, piccola, ... 5-24%). **2 Problema medio** (moderato, discreto, ... 25-49%) **3 Problema grave** (notevole, estremo, ... 50-95%). **4 Problema completo** (totale, 96-100%) **8 Non specificato** significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della difficoltà. **9 Non applicabile** significa che è inappropriato applicare un particolare codice (es: b650 Funzioni della mestruazione per donne in età di pre-menarca o di post-menopausa).	

Breve lista di dimensione di Attività e Partecipazione	**Qualificatore di performance**	**Qualificatore di capacità**
D1. APPRENDIMENTO E APPLICAZIONE DELLA CONOSCENZA		
d110 Guardare		
d115 Ascoltare		
d130 Copiare		
d166 Leggere		
d169 Scrivere		
d172 Calcolare		
d175 Risoluzione di problemi		
D2. COMPITI E RICHIESTE GENERALI		
d210 Intraprendere un compito singolo		
d220 Intraprendere compiti articolati		
D3. COMUNICAZIONE		
d310 Comunicare con - ricevere - messaggi verbali		
d315 Comunicare con - ricevere - messaggi non-verbali		
d330 Parlare		
d335 Produrre messaggi non-verbali		
d350 Conversazione		
d360 Utilizzo di apparecchiature ed ausili per la comunicazione		
D4. MOBILITÀ		
d410 Cambiare posizione di base		
d430 Sollevare e trasportare oggetti		
d440 Uso fine della mano *(raccogliere, afferrare)*		
d450 Camminare		
d455 Spostarsi		

d465 Spostarsi usando apparecchiature/ausili *(sedia a rotelle, pattini, ecc.)*		
d470 Usare un mezzo di trasporto *(auto, bus, treno, aereo, ecc.)*		
d475 Guidare *(andare in bici o motocicletta, guidare l'auto, ecc.)*		
D5. CURA DELLA PROPRIA PERSONA		
d510 Lavarsi *(fare il bagno, asciugarsi, lavarsi le mani, ecc.)*		
d520 Prendersi cura di singole parti del corpo *(lavarsi i denti, radersi, ecc.)*		
d530 Bisogni corporali		
d540 Vestirsi		
d550 Mangiare		
d560 Bere		
d570 Prendersi cura della propria salute		
D6. VITA DOMESTICA		
d620 Procurarsi beni e servizi *(fare la spesa, ecc.)*		
d630 Preparare i pasti *(cucinare, ecc.)*		
d640 Fare i lavori di casa *(pulire la casa, lavare i piatti, fare il bucato, stirare)*		
d660 Assistere gli altri		
D7. INTERAZIONI E RELAZIONI INTERPERSONALI		
d710 Interazioni interpersonali semplici		
d720 Interazioni interpersonali complesse		
d730 Entrare in relazione con estranei		
d740 Relazioni formali		
d750 Relazioni sociali informali		
d760 Relazioni familiari		
d770 Relazioni intime		
D8. AREE DI VITA PRINCIPALI		
d810 Istruzione informale		
d820 Istruzione scolastica		
d830 Istruzione superiore		
d840 Apprendistato		
d850 Lavoro retribuito		
d855 Lavoro non retribuito		
d860 Transazioni economiche semplici		
d870 Autosufficienza economica		
D9. VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITÀ		
d910 Vita nella comunità		
d920 Ricreazione e tempo libero		
d930 Religione e spiritualità		
QUALUNQUE ALTRA ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE		

NOTE

_____

_____

Si prega di segnalare le informazioni utilizzate:

1. ☐ documenti scritti
2. ☐ soggetto interessato
3. ☐ informazioni fornite da altri
4. ☐ osservazione diretta

Cognome e nome del compilatore ☐☐☐

PARTE 3 - FATTORI AMBIENTALI

. I fattori ambientali costituiscono gli atteggiamenti, l'ambiente fisico, sociale e degli atteggiamenti, in cui le persone vivono e conducono la loro esistenza.

Qualificatore nell'ambiente - Barriere	Qualificatore nell'ambiente - Facilitatori
0 Nessuna barriera	**0** Nessun facilitatore
1 Barriera lieve	**+1** Facilitatore lieve
2 Barriera media	**+2** Facilitatore medio
3 Barriera grave	**+3** Facilitatore sostanziale
4 Barriera completa	**+4** Facilitatore completo
8 Barriera, non specificato	**+8** Facilitatore non specificato
9 non applicabile	**9** non applicabile

Breve Lista Fattori Ambientali	Qualificatore	
	Barriere	Facilitatori
E1. PRODOTTI E TECNOLOGIA		
e110 Prodotti o sostanze per il consumo personale *(cibo, farmaci)*		
e115 Prodotti e tecnologia per l'uso personale nella vita quotidiana		
e120 Prodotti per la mobilità e il trasporto personale in ambienti interni e esterni		
e125 Prodotti e tecnologia per la comunicazione		
e150 Prodotti e tecnologia per la progettazione e la costruzione di edifici per il pubblico utilizzo		
e155 Prodotti e tecnologia per la progettazione e la costruzione di edifici per utilizzo privato		
E2. AMBIENTE NATURALE E CAMBIAMENTI EFFETTUATI DALL'UOMO		
e225 Clima		
e240 Luce		
e250 Suono		
E3. RELAZIONI E SOSTEGNO SOCIALE		
e310 Famiglia ristretta		
e320 Amici		
e325 Conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità		
e330 Persone in posizione di autorità		
e340 Persone che forniscono aiuto o assistenza		
e355 Operatori sanitari		
e360 Altri operatori		
E4. ATTEGGIAMENTI		
e410 Atteggiamenti individuali dei componenti della famiglia ristretta		
e420 Atteggiamenti individuali degli amici		
e425 Atteggiamenti di conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità		
e430 Atteggiamenti delle persone in posizione di autorità		
e440 Atteggiamenti individuali di persone che forniscono aiuto o assistenza		
e450 Atteggiamenti individuali di operatori sanitari		
e455 Atteggiamenti individuali di altri operatori		
e460 Atteggiamenti della società		
E5. SERVIZI, SISTEMI E POLITICHE		
e525 Servizi, sistemi e politiche abitative		
e535 Servizi, sistemi e politiche di comunicazione		
e540 Servizi, sistemi e politiche di trasporto		
e550 Servizi, sistemi e politiche legali		
e570 Servizi, sistemi e politiche previdenziali/assistenziali		
e575 Servizi, sistemi e politiche di sostegno sociale generale		
e580 Servizi, sistemi e politiche sanitarie		
e585 Servizi, sistemi e politiche dell'istruzione e della formazione		
QUALUNQUE ALTRO FATTORE AMBIENTALE		

PARTE 4 - ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTESTO

Descrizione sintetica di tutti i Fattori Personali che possono avere un impatto sullo stato funzionale*

* Esempi: stile di vita, abitudini, contesto sociale, educazione, eventi della vita, etnia, orientamento sessuale e beni dell'individuo, rapporti all'interno della famiglia, con la famiglia allargata, con la comunità (la rete sociale), eventuali problematicità - il carico assistenziale richiesto dal disabile e chi lo sostiene in famiglia - gli ostacoli alla partecipazione alla vita comunitaria e allo sviluppo delle autonomie - gli ausili utilizzati o da prevedere

Si prega di segnalare le informazioni utilizzate:

1. ☐ documenti scritti
2. ☐ soggetto interessato
3. ☐ informazioni fornite da altri
4. ☐ osservazione diretta

Cognome e nome del compilatore

Ruolo Data __/__/____

Firma .....

S.VA.M.Di.
VALUTAZIONE SOCIALE

Stato civile attuale	
1 ☐ Celibe/Nubile	**4** ☐ Divorziato/a
2 ☐ Attualmente coniugato/a	**5** ☐ Vedovo/a
3 ☐ Separato/a	**6** ☐ Convivente

Anni di scolarità n.		
Scuola frequentata		
1 ☐ scuola materna / nido	**3** ☐ scuola medie inferiore	**5** ☐ medie superiori
2 ☐ elementare	**4** ☐ formazione professionale	**6** ☐ università
Istruzione		
1 ☐ nessun titolo	**3** ☐ media inferiore	**5** ☐ media superiore
2 ☐ licenza elementare	**4** ☐ scuola professionale	**6** ☐ laurea

Esperienza lavorativa	**1** ☐ sì **2** ☐ no Specificare: .....
Situazione lavorativa attuale	
1 ☐ Lavoro dipendente	**6** ☐ Pensionata/o
2 ☐ Lavoro autonomo	**7** ☐ Disoccupata/o (per motivi di salute)
3 ☐ Lavoro non retribuito (es. volontariato)	**8** ☐ Disoccupata/o (per altri motivi)
4 ☐ Studente	**9** ☐ Altro (specificare) .....
5 ☐ Casalinga/o	

C E R T I F I C A Z I O N I			
Invalidità civile	**1** ☐ sì **2** ☐ no	Grado riconosciuto	
Diagnosi di invalidità			
Necessita di accompagnatore per deambulare		**1** ☐ sì	**2** ☐ no
Necessita di assistenza continua		**1** ☐ sì	**2** ☐ no
Cieco assoluto		**1** ☐ sì	**2** ☐ no
Sordomuto		**1** ☐ sì	**2** ☐ no
Minore in difficoltà		**1** ☐ sì	**2** ☐ no
Minore ipoacusico		**1** ☐ sì	**2** ☐ no
Invalidità INAIL		**1** ☐ sì	**2** ☐ no
Persona con Disabilità (L. 104/92 art. 3 c. 1)		**1** ☐ sì	**2** ☐ no
Persona con Disabilità (L. 104/92 art. 3 c. 3)		**1** ☐ sì	**2** ☐ no
Condizione di Disabilità per Inserimento Lavorativo (L. 68/99)		**1** ☐ sì	**2** ☐ no
Certificazione L. 104/92 ai fini dell'inserimento scolastico		**1** ☐ sì	**2** ☐ no
Persona inabilitata **1** ☐ sì **2** ☐ no	**Con amministratore di sostegno** **1** ☐ sì **2** ☐ no	**Persona interdetta** **1** ☐ sì **2** ☐ no	

Situazione familiare

	Cognome e nome	Parentela [1]	Età	Professione	Indirizzo e telefono	Lontananza [2]	Intensità attivazione attuale	si occupa di [3]		
								ADL	iADL	Supervisione
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										

Altre persone attive

(*compreso personale privato*)

1										
2										
3										

SERVIZI ATTIVATI

1		3	
2		4	

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

[2] V = immediate vicinanze, 15 = entro 15 minuti, 30 = entro 30 minuti, 60 = entro 1 ora, O = oltre 1 ora

[3] Indicare con una X se si occupa di ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti), iADL (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia), supervisione (diurna e/o notturna)

DOMANDA DI INTERVENTO

Tipologia della domanda (una sola risposta)

01 ☐ generica
02 ☐ interventi domiciliari
03 ☐ inserimento diurno
04 ☐ residenzialità
05 ☐ assistenza scolastica
06 ☐ integrazione lavorativa
07 ☐ altro

La persona è informata della domanda?
01 ☐ sì **02** ☐ no

Contesto familiare
1 ☐ Singolo
2 ☐ Famiglia
3 ☐ Struttura residenziale
4 ☐ Altro

Iniziativa della domanda (una sola risposta)

01 ☐ propria
02 ☐ familiare
03 ☐ assistente sociale
04 ☐ medico
05 ☐ tutore
06 ☐ altro soggetto (specificare: .....)

Medico curante ..... **Tel.** .....

PERSONA DI RIFERIMENTO CONTATTABILE

Cognome e nome

Via Comune

Tel. Grado di parentela

e-mail:

SITUAZIONE ABITATIVA della Persona con Disabilità

TITOLO DI GODIMENTO (una sola risposta)

1 ☐ proprietà dell'immobile
☐ del disabile ☐ del familiare
2 ☐ usufrutto
3 ☐ titolo gratuito
4 ☐ non proprio, non in affitto
(presso_____)

in affitto da:
5 a ☐ privato
5 b ☐ pubblico

E' in atto lo sfratto esecutivo? ☐ sì ☐ no

DISLOCAZIONE NEL TERRITORIO (una sola risposta)
rispetto ai servizi pubblici (es.: negozi di alimentari, farmacia, trasporti)

1 ☐ servita
2 ☐ poco servita
3 ☐ isolata

BARRIERE ARCHITETTONICHE (una sola risposta)

1 ☐ assenti
2 ☐ solo esterne
3 ☐ interne

piano
ascensore ☐ sì ☐ no

GIUDIZIO SINTETICO

1 ☐ abitazione idonea (alloggio privo di barriere architettoniche interne/esterne e adeguato al n.ro di persone, ben servito)

2 ☐ abitazione parzialmente idonea (alloggio in normali condizioni di abitabilità ma con barriere interne e/o esterne che limitano la persona nel corretto utilizzo delle sue risorse residue o dei servizi)

3 ☐ abitazione non idonea (alloggio pericoloso, fatiscente ed antigienico e/o abitazione gravemente insufficiente per il numero di persone che vi alloggiano, e/o sfratti esecutivi, e/o isolato)

SITUAZIONE ECONOMICA - REDDITO MENSILE		
☐ Assegno – pensione invalidità civile	€ ……,..	
☐ Indennità di accompagnamento	€ ……,..	
☐ Assegno / pensione invalidità INPS	€ ……,..	Categoria: …… n. pensione: ……
☐ Altre pensioni	€ ……,..	
☐ Reddito da lavoro	€ ……,..	
☐ Altri redditi	€ ……,..	
☐ Indennità di frequenza	€ ……,..	
☐ Nessuna risorsa		
☐ SPESA FISSA PER AFFITTO O MUTUO:	€ ……	
ULTERIORE DISPONIBILITÀ ECONOMICA MENSILE DICHIARATA DAI FAMILIARI PER L'ASSISTENZA:	☐ nessuna ☐ fino a € ……,.. ☐ fino a € ……,.. ☐ fino a € ……,.. ☐ oltre ☐ copertura completa delle spese	
INTEGRAZIONE ECONOMICA DEL COMUNE PER L'ASSISTENZA:	☐ certamente no ☐ possibile ☐ certamente sì	
NOTE:		

NOTE (la storia della persona e il percorso nei servizi, il curriculum scolastico, l'eventuale percorso lavorativo, tirocini e stage, attitudini e aspirazioni espresse)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Si prega di segnalare le informazioni utilizzate:

1. ☐ documenti scritti
2. ☐ soggetto interessato
3. ☐ informazioni fornite da altri
4. ☐ osservazione diretta

Cognome e nome del compilatore ____

Ruolo ____ Data __/__/____

Firma .....

REGIONE MOLISE

DISTRETTO SANITARIO
Di _____

Ambito Territoriale Sociale
Di _____

S. V a. M. A.

Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e Anziane

STRUMENTO PER LA VALUTAZIONE DEGLI UTENTI AI FINI DELL'ACCESSO AI SERVIZI AD INTEGRAZIONE SOCIO - SANITARIA

CARTELLA

Sig./Sig.ra _____

data di nascita |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Tessera sanitaria |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Es. ticket |__|__|__|__|__| Cod. fiscale|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Residenza: via _____Tel. _____

Comune_____ Distretto Sanitario _____ Prov. |__|__|

Medico curante:._____Tel. _____

Assistente sociale ATS:_____Tel. _____

Persona di riferimento:_____Tel._____

Via :_____Comune _____

Telefono _____Grado di parentela _____

S.Va.M.A.
VALUTAZIONE SANITARIA

NOME: _____ DATA DI NASCITA:|__|__||__|__||__|__|__|__|
SEDE DI VALUTAZIONE: _____DATA:|__|__| |__|__| |__|__|__|__|

CENNI ANAMNESTICI - PROBLEMI CRONICI IN ATTO:

TRATTAMENTI IN ATTO**:**

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

	No	Si
Diabete insulinodipendente	0	5
Scompenso cardiaco in classe 3-4 NYHA con necessità di monitoraggio frequente del bilancio idrico (≥75 mg. Furosemide pro die), alimentare e parametri vitali (polso, pressione, frequenza cardiaca)	0	10
Cirrosi scompensata e altre forme di ascite con necessità come sopra elencate	0	10
Tracheostomia	0	5
Ossigenoterapia continuativa a lungo termine (>3 h al dì)	0	5
Sondino naso-gastrico, gastrostomia (PEG)	0	10
Catetere venoso centrale o nutrizione parenterale totale o terapia infusionale quotidiana	0	10
Catetere vescicale	0	5
Ano artificiale *e/*o ureterostomia	0	5
Nefrostomia o terapia peridurale a lungo termine o terapia antalgica con oppioidi o con elastomero che richiede adeguamento della posologia	0	10
Ulcere distrofiche agli arti e/o altre lesione della cute chirurgiche, traumatiche, oncologiche	0	5
TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA	**VIP**	

SENSORIO E COMUNICAZIONE

LINGUAGGIO (*COMPRENSIONE*)

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

LINGUAGGIO (*PRODUZIONE*)

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

UDITO (eventualmente con protesi)

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

VISTA (eventualmente con occhiali)

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

CODIFICA PATOLOGIE - estratto ICPC

INDICARE LE PATOLOGIE PRINCIPALI CHE CONCORRONO A DETERMINARE LA SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA

(da utilizzare a cura del medico curante oppure in sede di UOD)

MALATTIE GENERALI

- ❑ **A07 Coma**
- ❑ **A00 Sindrome ipocinetica**
- ❑ A79 Carcinomatosi (sede primitiva sconosciuta)
- ❑ A80 Incidente / lesione traumatica NSA
- ❑ A81 Politraumatismo / lesioni interne
- ❑ A82 Effetti tardivi di un trauma
- ❑ A84 Avvelenamento da sostanza medicinale
- ❑ A86 Effetti tossici da altre sostanze
- ❑ A87 Complicanza chirurgia / trattamento medico
- ❑ A89 Conseguenze applicazione protesi
- ❑ A90 Anomalie multiple congenite
- ❑ **A97 Assenza di malattia**
- ❑ A99 Altre malattie generali / non spec

SANGUE / LINFATICI / MILZA

- ❑ B71 Linfadenite cronica / non specifica
- ❑ **B72 Morbo di Hodgkin**
- ❑ **B73 Leucemia**
- ❑ B74 Altre neoplasie maligne
- ❑ B75 Neoplasie benigne / non spec
- ❑ B78 Anemie emolitiche ereditarie
- ❑ B79 Altre anomalie congenite
- ❑ **B80 Anemia da carenza di ferro**
- ❑ B81 Anemia perniciosa / da carenza folati
- ❑ B83 Porpora / difetti coagulazione / piastrine
- ❑ B87 Splenomegalia
- ❑ B90 Infezione da HIV (AIDS / ARC)
- ❑ B99 Altra malattia sangue / linfatici / milza

SISTEMA DIGERENTE

- ❑ **D17 Incontinenza intestinale**
- ❑ D70 Diarrea infettiva / dissenteria
- ❑ D72 Epatite virale
- ❑ **D74 Neoplasie maligne stomaco**
- ❑ **D75 Neoplasie maligne colon / retto**
- ❑ D76 Neoplasie maligne pancreas
- ❑ D77 Altre neoplasie maligne / non spec
- ❑ D81 Anomalie congenite
- ❑ D82 Malattie di denti / gengive
- ❑ D83 Malattie di bocca / lingua / labbra
- ❑ D84 Malattie dell'esofago
- ❑ D85 Ulcera duodenale
- ❑ D86 Altre ulcere peptiche
- ❑ D87 Disturbi funzione gastrica
- ❑ D88 Appendicite
- ❑ D89 Ernia inguinale
- ❑ D90 Ernia diaframmatica / dello hiatus
- ❑ D91 Altre ernie addominali
- ❑ D92 Malattia diverticolare
- ❑ D93 Sindrome del colon irritabile
- ❑ D94 Enterite cronica / colite ulcerosa
- ❑ D95 Ragade anale / ascesso perianale
- ❑ D96 Epatomegalia
- ❑ **D97 Cirrosi / altre malattie epatiche**
- ❑ D98 Colecistite / colelitiasi
- ❑ D99 Altre malattie sistema digerente

OCCHIO

- ❑ F74 Neoplasie occhio / annessi
- ❑ F81 Altre anomalie oculari congenite
- ❑ F82 Distacco di retina
- ❑ F83 Retinopatia
- ❑ F84 Degenerazione della macula
- ❑ F85 Ulcera corneale (incl. erpetica)
- ❑ F91 Errori di rifrazione
- ❑ **F92 Cataratta**
- ❑ F93 Glaucoma
- ❑ **F94 Tutti i gradi / tipi di cecità**
- ❑ F99 Altre malattie oculari

ORECCHIO

- ❑ H03 Tintinnio / ronzio / tinnito
- ❑ H74 Otite cronica, altre infezioni orecchio
- ❑ H75 Neoplasie dell'orecchio
- ❑ H77 Perforazione membrana del timpano
- ❑ **H82 Sindrome vertiginosa**
- ❑ **H**83 Otosclerosi
- ❑ H84 Presbiacusia
- ❑ **H86 Tutti i gradi di sordità NSA**
- ❑ H99 Altre malattie orecchio / mastoide

SISTEMA CARDIOCIRCOLATORIO

- ❑ K71 Febbre reumatica / cardiopatia
- ❑ K73 Anomalie congenite cuore / sistema circolatorio
- ❑ K74 Angina pectoris
- ❑ **K75 Infarto miocardico acuto**
- ❑ K76 Altre cardiopatie ischemiche / croniche
- ❑ **K77 Insufficienza cardiaca**
- ❑ K78 Fibrillazione atriale / flutter
- ❑ K79 Tachicardia parossistica
- ❑ K80 Battiti ectopici tutti i tipi
- ❑ K82 Cuore polmonare cronico
- ❑ K83 Malattia valvolare cuore non reumatica NSA
- ❑ K84 Altre malattie del cuore
- ❑ K86 Ipertensione non complicata
- ❑ **K87 Ipertensione coinvolgente organi bersaglio**
- ❑ K88 Ipotensione posturale
- ❑ K89 Ischemia cerebrale transitoria
- ❑ **K90 Colpo / accidente cerebrovascolare**
- ❑ K91 Aterosclerosi escl cuore / cervello
- ❑ K92 Altre ostruzioni arteriose / mal vascolari periferiche
- ❑ K93 Embolia polmonare
- ❑ K94 Flebite / tromboflebite
- ❑ K95 Vene varicose delle gambe (escl S97)
- ❑ K99 Altre malattie sistema circolatorio

SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO

- ❑ L70 Infezioni
- ❑ L71 Neoplasia
- ❑ **L72 Frattura radio / ulna**
- ❑ **L73 Frattura tibia / fibula**
- ❑ **L74 Frattura ossa mano / piede**
- ❑ **L75 Frattura femore**
- ❑ **L76 Altra frattura**
- ❑ L77 Distorsione e stiramento caviglia
- ❑ L78 Distorsione e stiramento ginocchi
- ❑ L79 Distorsione e stiramento altre articolazioni
- ❑ L80 Lussazione
- ❑ L81 Altre lesioni traumatiche
- ❑ L82 Anomalie congenite
- ❑ L83 Sindromi colonna cervicale
- ❑ L84 Osteoartrosi colonna
- ❑ L85 Deformità acquisite della colonna
- ❑ L86 Lesione disc lombare / irradiazione
- ❑ **L88 Artrite reumatoide / condizioni affini**
- ❑ **L89 Osteoartrosi dell'anca**
- ❑ **L90 Osteoartrosi del ginocchio**
- ❑ L91 Altre osteoartrosi
- ❑ L92 Sindromi della spalla
- ❑ L95 Osteoporosi
- ❑ L97 Lesione interna cronica del ginocchi
- ❑ L98 Deformità acquisite degli arti
- ❑ L99 Altre malattie sistema muscoloscheletrico

SISTEMA NERVOSO

- ❑ **N17 Vertigine / capogiro (escl H82)**
- ❑ N19 Disturbi del linguaggio
- ❑ N70 Poliomielite / altri enterovirus
- ❑ N71 Meningite / encefalite
- ❑ N72 Tetano
- ❑ N73 Altre infezioni sistema nervoso
- ❑ **N74 Neoplasie maligne**
- ❑ **N75 Neoplasie benigne**
- ❑ N76 Neoplasie non spec
- ❑ N79 Commozione cerebrale
- ❑ N81 Altre lesioni traumatiche
- ❑ N85 Anomalie congenite
- ❑ **N86 Sclerosi multipla**
- ❑ **N87 Parkinsonismo**
- ❑ N88 Epilessia tutti i tipi
- ❑ N89 Emicrania
- ❑ N90 Cefalea a grappolo
- ❑ N91 Paralisi facciale / paralisi di Bell
- ❑ N92 Nevralgia del trigemino
- ❑ N93 Sindrome del tunnel carpale
- ❑ N94 Altra nevrite periferica
- ❑ N99 Altre malattie del sistema nervoso

DISTURBI MENTALI / PSICOLOGICI

- ❑ P13 Encopresi
- ❑ **P15 Abuso cronico di alcool**
- ❑ P17 Abuso di tabacco
- ❑ P18 Abuso di medicinali
- ❑ P19 Abuso di droghe
- ❑ P20 Disturbi di memoria / concentrazione
- ❑ **P70 Demenza senile / Alzheimer**
- ❑ P71 Altra psicosi organica
- ❑ P72 Schizofrenia tutti i tipi
- ❑ P73 Psicosi affettiva
- ❑ P74 Disturbo d'ansia / stato ansioso
- ❑ **P75 Disturbo isterico / ipocondriaco**
- ❑ P76 Disturbo depressivo
- ❑ P77 Tentativo di suicidio
- ❑ P78 Neurastenia / surmenage
- ❑ P79 Altro disturbo nevrotico
- ❑ P80 Disturbo di personalità
- ❑ P85 Ritardo mentale
- ❑ P98 Altre / non spec psicosi
- ❑ P99 Altri disturbi mentali / psicologici

SISTEMA RESPIRATORIO

- ❑ R70 Tubercolosi respiratoria (escl A70)
- ❑ R80 Influenza(provata)senza polmonite
- ❑ R81 Polmonite
- ❑ R82 Tutte le pleuriti (escl R70)
- ❑ R83 Altre infezioni del sistema respiratorio
- ❑ **R84 Neoplasie maligne bronchi / polmone**
- ❑ R85 Altre neoplasie maligne
- ❑ R89 Anomalie congenite sistema respiratorio
- ❑ R91 Bronchite cronica / bronchiectasie
- ❑ **R95 Enfisema / BPCO**
- ❑ R96 Asma
- ❑ R99 Altra malattia sistema respiratorio

CUTE E ANNESSI

- ❑ S14 Ustioni / scottature
- ❑ S18 Lacerazione / taglio
- ❑ S19 Altre lesioni traumatiche pelle
- ❑ S70 Herpes zoster
- ❑ S72 Scabbia ed altre infestazioni da acari
- ❑ S73 Pediculosi / altre infestazioni pelle
- ❑ S74 Dermatofitosi
- ❑ S75 Moniliasi / candidosi (altre)
- ❑ S76 Altre malattie infettive pelle
- ❑ S77 Neoplasie maligne della pelle
- ❑ S80 Altre / non spec. neoplasie pelle
- ❑ S84 Impetigine
- ❑ S85 Cisti pilonidale / fistola
- ❑ S87 Dermatite atopica / eczema
- ❑ S88 Dermatite da contatto / altro eczema
- ❑ S89 Esantema da pannolino
- ❑ S91 Psoriasi
- ❑ S92 Disidrosi / mal ghiandole sudoripare
- ❑ S94 Unghia incarnita / altra malattie unghie
- ❑ S97 Ulcera cronica pelle (incl varicosa)
- ❑ S98 Orticaria
- ❑ S99 Altra malattie pelle / tessuto sottocutaneo

SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO E NUTRIZIONE

- ❑ T06 Anoressia nervosa / bulimia
- ❑ T08 Calo di peso
- ❑ **T11 Disidratazione**
- ❑ T71 Neoplasie maligne della tiroide
- ❑ T73 Altre / non spec neoplasie
- ❑ **T82 Obesità (BMI >=30)**
- ❑ T83 Sovrappeso (BMI <30)
- ❑ T85 Ipertiroidismo / tireotossicosi
- ❑ T86 Ipotiroidismo / mixedema
- ❑ T87 Ipoglicemia
- ❑ **T90 Diabete mellito**
- ❑ T91 Carenza vitaminica / altro disturbo nutrizionale
- ❑ T92 Gotta
- ❑ T93 Disturbi del metabolismo lipidico
- ❑ T99 Altra malattia endocrino metabolica nutrizionale

SISTEMA URINARIO

- ❑ **U04 Incontinenza urinaria**
- ❑ U70 Pielonefrite / pielite acuta
- ❑ U71 Cistite / altra infezione urinaria NSA
- ❑ U75 Neoplasie maligne del rene
- ❑ U76 Neoplasie maligne della vescica
- ❑ U79 Altre neoplasie non spec tratto urinario
- ❑ U85 Anomalie congenite tratto urinario
- ❑ U88 Glomerulonefrite / nefrosi
- ❑ U95 Calcolo urinario di ogni tipo / sede
- ❑ U99 Altra malattia sistema urinario

SISTEMA GENITALE FEMMINILE

- ❑ X75 Neoplasie maligne della cervice
- ❑ **X76 Neoplasie maligne della mammella**
- ❑ **X77 Altre neoplasie maligne**
- ❑ X81 Altre / non spec neoplasie genit femminile
- ❑ X84 Vaginite / vulvite NSA
- ❑ X87 Prolasso uterovaginale
- ❑ X99 Altre malattie sistema genitale femminile

SISTEMA GENITALE MASCHILE

- ❑ Y74 Orchite / epididimite
- ❑ **Y77 Neoplasie maligne prostata**
- ❑ Y78 Altre neoplasie maligne
- ❑ Y99 Altre malattie genit. Masch. Incl. Mamm.

COMPILATORE

NOMINATIVO: _____FIRMA: _____

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

NOME:	**DATA DI NASCITA:** |__|__||__|__||__|__|__|__|
SEDE DI VALUTAZIONE:	**DATA:** |__|__||__|__||__|__|__|__|

SITUAZIONE COGNITIVA

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

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

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

VCOG1

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

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

SITUAZIONE FUNZIONALE

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

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

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

MOBILITÀ-INDICE DI BARTHEL

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

PREVENZIONE – TRATTAMENTO DECUBITI	**VPIA**
Rischio non elevato di lesioni da decubito	0
Rischio elevato (*Exton Smith ≤10) o arrossamento o abrasione superficiale (gradi I-II)	10

*Indice di Exton Smith per la valutazione del rischio di decubiti:

CONDIZIONI GENERALI: Buone (4) Discrete (3) Scadenti (2) Pessime (1)	
STATO MENTALE: Lucido (4) Confuso (3) Apatico (2) Stuporoso (1)	
ATTIVITA': Normale (4) Cammina con aiuto (3) Costretto in sedia (2) Costretto a letto (1)	
MOBILITA': Normale (4) Leggermente limitata (3) Molto limitata (2) Immobile (1)	
INCONTINENZA: No (4) Occasionale (3) Urinaria abituale (2) Incontinenza doppia (1)	
TOTALE (il rischio è elevato se l'indice è ≤ 10):	

Presenza di 1 piaga (con interessamento del tessuto sottocutaneo - gradi III - IV)	15
Presenza di 2 o più piaghe (almeno 2 con interessamento del sottocutaneo gradi III-IV)	25

NOTE:

COMPILATORE

NOMINATIVO: _____FIRMA: _____

S.Va.M.A.
VALUTAZIONE SOCIALE

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

SEDE DI VALUTAZIONE: _____ **DATA:**|__|__||__|__||__|__|__|__|

Tessera sanitaria |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **esenzione ticket** |__|__|__|__|__|__|

Codice fiscale |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|

Residenza: via _____ Tel. _____

Comune _____ **Prov**. |__|__|

Sesso:	**Stato civile:**	**Istruzione:**	**Pensione:**	**Invalidità civile:**
❑ **1** M ❑ **2** F	❑ **1** celibe/nubile ❑ **2** coniugato, ❑ **3** separato ❑ **4** divorziato ❑ **5** vedovo ❑ **6** non dichiarato	❑ **1** nessuna ❑ **2** licenza elementare ❑ **3** licenza media inferiore ❑ **4** diploma media superiore ❑ **5** diploma universitario ❑ **6** laurea	❑ **1** nessuna ❑ **2** minima/sociale ❑ **3** altra pensione	❑ **1** Si ❑ **2** No **Indennità di accompagnamento:** ❑ **1** Si ❑ **2** No ❑ **3** in attesa

Ultima professione:_____

DOMANDA DI INTERVENTO:

Iniziativa della domanda (una sola risposta)
01 ☐ propria
02 ☐ familiare o affine
03 ☐ soggetto civilmente obbligato
04 ☐ assistente sociale pertinente
05 ☐ medico
06 ☐ tutore
07 ☐ altro soggetto

Tipologia della domanda (una sola risposta)
01 ☐ generica
02 ☐ assistenza domiciliare
03 ☐ centro diurno
04 ☐ ospitalità temporanea riabilitativa
05 ☐ altra ospitalità temporanea
06 ☐ accoglimento in residenza

Motivo della domanda (una sola risposta)
01 ☐ perdita dell'autonomia
02 ☐ famiglia non in grado di provvedere
03 ☐ solitudine
04 ☐ alloggio non idoneo
05 ☐ altro

La persona è informata della domanda?
01 ☐ si **02** ☐ no

Medico curante: **Tel.**

PERSONA DI RIFERIMENTO CONTATTABILE:

Cognome e nome _____

Via _____ Comune _____ Prov |__|__|

Telefono _____ Cellulare _____

Grado di parentela ._____

PARENTI TENUTI AGLI ALIMENTI (nelle ultime righe indicare cumulativamente i parenti esistenti ma non significativi per il progetto assistenziale)

(ART.433 C.C.: coniuge, figli e discendenti prossimi, genitori e ascendenti prossimi, generi e nuore, suoceri, fratelli e sorelle)

	Cognome e nome	parentela [1]	età	professione	indirizzo e telefono	lontananza [2]	intensità attivazione attuale [3]	si occupa di [4]			intensità attivazione possibile [5]	si occuperà di [4]		
								ADL	iADL	super-visione		ADL	iADL	super-visione
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														

ALTRE PERSONE ATTIVE (compreso personale privato)

1														
2														
3														

ASSISTENZA PUBBLICA ATTIVA (segnare i servizi attivi)

								h/sett.	Interv/sett
1	SERVIZIO RESIDENZIALE (quale?)		3	PASTI A DOMICILIO		6	VIGILANZA-ACCOMPAGNAMENTO		
2	SERVIZIO SEMIRESIDENZIALE (quale?)		4	TELESOCCORSO		7	IGIENE DELLA CASA		
			5	TRASPORTO / ACCOMPAGNAMENTO		8	ASSISTENZA ALLA PERSONA		

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

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

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

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

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

SITUAZIONE ABITATIVA

TITOLO DI GODIMENTO *(una sola risposta)*

- ❑ **1** proprietà
- ❑ **2** usufrutto
- ❑ **3** titolo gratuito
- ❑ **4** non proprio, non in affitto (presso_____)

in affitto da:

- ❑ **5a** privato
- ❑ **5b** pubblico

E' in atto lo sfratto esecutivo? Sì ❑ No ❑

DISLOCAZIONE NEL TERRITORIO *(una sola risposta)*
rispetto ai servizi pubblici (es.: negozi di alimentari, farmacia, trasporti)

- ❑ **1** servita
- ❑ **2** poco servita
- ❑ **3** isolata

BARRIERE ARCHITETTONICHE *(una sola risposta)*

- ❑ **1** assenti
- ❑ **2** solo esterne
- ❑ **3** interne

Piano: |___|
Ascensore Sì ❑ No ❑

GIUDIZIO SINTETICO

- ❑ **1** abitazione idonea (alloggio privo di barriere architettoniche interne/esterne e adeguato al n° di persone, ben servito)
- ❑ **2** abitazione parzialmente idonea (alloggio in normali condizioni di abitabilità ma con barriere interne e/o esterne che limitano l'anziano nel corretto utilizzo delle risorse residue o dei servizi)
- ❑ **3** abitazione non idonea (alloggio pericoloso, fatiscente ed antigienico e/o abitazione gravemente insufficiente per il numero di persone che vi alloggiano, e/o sfratti esecutivi, e/o isolato)

NOTE:

SITUAZIONE ECONOMICA: REDDITO MENSILE

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

VALUTAZIONE FINALE DELL'ASSISTENTE SOCIALE ATS

ASSISTENTE SOCIALE ATS

Nome:_____

Data _____ Firma _____

VALUTAZIONE IN SEDE U.V.I.M.

NECESSITÀ di ASSISTENZA SANITARIA

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

SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE (famiglia, privato, vicinato e volontariato)

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

PROFILO DELL'AUTONOMIA

SITUAZIONE COGNITIVA

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

MOBILITÀ

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

SITUAZIONE FUNZIONALE (Attività di Base)

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

NECESSITÀ DI ASSISTENZA SANITARIA

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

✚ SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE

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

CODICE PROFILO

PROF		PSOC
	✚	

VERBALE U.V.I.M.

NOME: **DATA DI NASCITA:**|__|__|__|__|__|__|__|__|

SINTESI DEI PROBLEMI ATTUALI RILEVATI:

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

CODIFICA PROGETTO ASSISTENZIALE	
01 ☐ ACCOGLIENZA IN RESIDENZA	**06** ☐ ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
02 ☐ OSPITALITÀ TEMPORANEA RIABILITATIVA	**07** ☐ ALTRE FORME DI ASSISTENZA
03 ☐ OSPITALITÀ TEMPORANEA SOCIALE	**08** ☐ LA RETE ATTUALE RISPONDE AI BISOGNI
04 ☐ CENTRO DIURNO	**09** ☐ ALLOGGIO PROTETTO
05 ☐ ASSISTENZA DOMICILIARE	

convocati	presenti	PARTECIPANTI	Nome	Firma
1☐	1☐	Responsabile U.V.I.M.		
2☐	2☐	Medico curante		
3☐	3☐	Assistente sociale ATS		
4☐	4☐	Esperto / Geriatra		
5☐	5☐			
6☐	6☐			
7☐	7☐			
8☐	8☐			

Il responsabile del caso sarà: (INDICARE IL RUOLO)	**Verifica programmata:** |_|_| |_|_|_|_|_|_|
☐ attivazione ☐ verifica **DATA:** |__|__|__|__|__|__|__|__|	**TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE U.V.I.M.**
	TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE ATS

DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI

_____

Scheda di Valutazione (SVaMA semplificata)

(cognome e nome) _____

nato/a a_____ (_____) il |__|__||__|__||__|__|__|__|

Codice Fiscale |__|__|__||__|__|__||__|__|__|__|__||__|__|__|__|__|

residente nel Comune di_____(_____)

in via_____ n._____- frazione _____

PATOLOGIE PRINCIPALI CHE CONCORRONO A DETERMINARE LA SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA
(da compilare a cura del medico curante)

	Descrizione della patologia	Codice ICPC
Prima patologia		|__|__|__|
Eventuale patologia concomitante		|__|__|__|
Eventuale 2ª patologia concomitante		|__|__|__|

ELEMENTI DI VALUTAZIONE **TOTALE PUNTEGGIO |__|__|**

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

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

- **CIRS** ❒ **no** ❒ **si** **PUNTEGGIO |__|__|**
- **CIDRs** ❒ **no** ❒ **si** **PUNTEGGIO |__|__|**
- **ICF** ❒ **no** ❒ **si** **PUNTEGGIO |__|__|**

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

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

PAI sanitario in essere/proposto: _____

_____

_____

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

Luogo _____ data _____

Allegato sub 2)

PIANO OPERATIVO FONDO NON AUTOSUFFICIENZA 2022-2024

SCHEDA DA APPLICARE IN CASO DI PARITÀ DI PUNTEGGIO SVAMA SEMPLIFICATA CONTENENTE I CRITERI INTEGRATIVI PER DEFINIRE LA FRAGILITÀ DEL NUCLEO FAMILIARE

La fragilità del nucleo familiare viene definita utilizzando un punteggio complessivo massimo di 100 punti, attribuito sulla base dei criteri e parametri elencati di seguito, e considerando, distintamente, le situazioni dei nuclei familiari composti dal beneficiario FNA (l'utente non autosufficiente grave) e da altri componenti e quelle dei nuclei formati dal solo beneficiario FNA, portatore, per definizione, di un grado di fragilità estremo.
In entrambi i casi è stato applicato un punteggio significativo per il valore dell'ISEE ordinario, con una fascia di esclusione dall'attribuzione del punteggio (10.000 euro) apparsa congrua per discriminare ulteriormente la fragilità complessiva dei nuclei familiari.
A maggiore punteggio totale, corrisponde maggiore fragilità del nucleo familiare. Pur applicando, distintamente, le ipotesi di valutazione A) e B) per le due tipologie di nucleo familiare, viene comunque formulata un'unica sub-graduatoria ai fini della selezione dei beneficiari con pari punteggio SVAMA semplificata.
Per Nucleo Familiare (N.F.), si fa riferimento alla famiglia anagrafica come risultante dal quadro A della DSU presentata ai fini ISEE, di cui al DPCM 5 dicembre 2013, n. 159.
Pertanto, si invitano i cittadini, interessati a presentare istanza, di munirsi della certificazione ISEE 2019 e relativa DSU.
La mancata presentazione dell'ISEE e della relativa DSU comporterà l'attribuzione di un punteggio uguale a zero in luogo dei punti attribuibili, così come dettagliatamente riportato nell'allegata SCHEDA CONTENENTE I CRITERI INTEGRATIVI PER DEFINIRE LA FRAGILITÀ DEL NUCLEO FAMILIARE.
È facoltà del richiedente produrre l'ISEE 2019 e relativa DSU già in fase di presentazione della domanda.

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

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

a) Da 0 a 1.000 euro = 30 punti;

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

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

3. Numero di anziani ultrasettantacinquenni presenti nel nucleo (eccettuato il beneficiario FNA), max 13 punti da attribuire come di seguito:

a) Un anziano, punti 4;
b) Due anziani, punti 8;
c) Tre o più anziani, punti 13;

4. Presenza di minori (eccettuato il beneficiario FNA) nel nucleo familiare, max 13 punti da attribuire come di seguito:

a) Un minore, punti 4;
b) Due minori, punti 8;
c) Tre o più minori, punti 13;

5. Distanza dell'abitazione dal perimetro del centro abitato (definito ai sensi del codice della strada), max 10 punti da attribuire come di seguito:

a) Da 1 a 2 km., punti 2;
b) Da 2,1 a 3 km., punti 4;
c) Da 3,1 a 4 km., punti 6;
d) Da 4,1 a 5 km., punti 8;
e) Oltre 5 km, punti 10;

6. Presenza di barriere architettoniche nell'abitazione (come descritte e valutate dall'Assistente Sociale, in relazione al grado, più o meno elevato, di incidenza sulla mobilità e sull'accessibilità dell'abitazione), max 10 punti da attribuire come di seguito:

a) Assenza di barriere, punti 0;
b) Barriere a modesta incidenza, punti 2;
c) Barriere a media incidenza, punti 5;
d) Barriere ad elevata incidenza, punti 10.

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

B) NUCLEO FAMILIARE COMPOSTO DAL SOLO BENEFICIARIO FNA

1. Beneficiario FNA unico componente del nucleo familiare = 50 punti;
2. Valore ISEE ordinario, max 30 punti da assegnare secondo le seguenti modalità:

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

3. Distanza dell'abitazione dal perimetro del centro abitato (definito ai sensi del codice della strada), max 10 punti da attribuire come di seguito:

a. Da 1 a 2 km., punti 2;
b. Da 2,1 a 3 km., punti 4;
c. Da 3,1 a 4 km., punti 6;
d. Da 4,1 a 5 km., punti 8;
e. Oltre 5 km, punti 10;

4. Presenza di barriere architettoniche nell'abitazione (come descritte e valutate dall'Assistente Sociale, in relazione al grado, più o meno elevato, di incidenza sulla mobilità e sull'accessibilità dell'abitazione), max 10 punti da attribuire come di seguito:

a. Assenza di barriere, punti 0;
b. Barriere a modesta incidenza, punti 2;
c. Barriere a media incidenza, punti 5;
d. Barriere ad elevata incidenza, punti 10

ALLEGATO SUB 1)

PIANO OPERATIVO FNA 2022-2024

SCHEDA PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO

PAI			
DATI ANAGRAFICI BENEFICIARI			
Cognome		**Nome**	
Nato/a		Nato/a a	
Residente a		Via/piazza	
Telefono		Mail	
FAMILIARE CAREGIVER			
Cognome		**Nome**	
Nato/a		Nato/a a	
Residente a		Via/piazza	
Grado parentela		Telefono	
Mail		Altro	
FAMILIARI CONVIVENTI			
Cognome		**Nome**	
Grado parentela		Telefono	
Cognome		**Nome**	
Grado parentela		Telefono	
Cognome		**Nome**	
Grado parentela		Telefono	
Cognome		**Nome**	
Grado parentela		Telefono	
Cognome		**Nome**	
Grado parentela		Telefono	
FAMILIARI RESIDENTI NELLO STESSO COMUNE (Compilare in assenza dei primi)			
Cognome		**Nome**	
Grado parentela		Telefono	
Cognome		**Nome**	
Grado parentela		Telefono	
Cognome		**Nome**	
Grado parentela		Telefono	

CONDIZIONE FAMILIARE

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

CONDIZIONE ABITATIVA

Abitazione	□ di proprietà	□ comodato/uso gratuito	
	□ affitto	□ IACP	□ privato
Spazi	□ adeguati	□ appena sufficienti	□ non adeguati
Zona	□ servita	□ poco servita	□ isolata

CONDIZIONE SOCIO-AMBIENTALE

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

CONDIZIONE CLINICA

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

DISABILITA'	□ richiesta	□ in attesa di esito	□ non richiesta
	Riconosciuta ai sensi:		
	□ invalidità civile		
	□ 104/92		
	□ 508/80		
	□ Altro		
	□ Indennità di accompagnamento		□ si □ no
	□ Indennità di frequenza		□ si □ no

CONDIZIONE ECONOMICA (del nucleo del richiedente)

ISEE		Eventuale compartecipazione costo servizi	%

Note

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

CONDIZIONE LAVORATIVA del beneficiario

in età lavorativa	□ si □ no	□ minorenne	□ pensionato
		□ disabile	□ Altro
lavora	□ si □ no	□ inoccupato/a	□ disoccupato/a

TITOLO DI STUDIO (del beneficiario)

□ Licenza elementare	□ Licenza media
□ Diploma	□ Laurea
□ Master	□ Dottorati
□ in corso	

SERVIZI DI CUI L'UTENTE GIÀ USUFRUISCE

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

BISOGNI RILEVATI

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

SERVIZIO DA ATTIVARE

OBIETTIVI

…… …… …… …… …… …… …… …… …… ……
MODALITÀ DI REALIZZAZIONE (tipo operatore/trice; calendario accessi; data inizio; durata; tempistiche monitoraggio etc)
…… …… …… …… …… …… …… …… …… ……
NOTE E OSSERVAZIONI
…… …… …… …… …… …… …… …… …… ……
Luogo e data _____

Il Coordinatore dell'ATS	
L'Assistente Sociale dell'ATS	
Il/la richiedente	
Il/la familiare caregiver	