

Regione  
Abruzzo



Giunta Regionale d'Abruzzo  
Dipartimento Lavoro - Sociale

---

## **PIANO SOCIALE REGIONALE 2016-2018**

(Prorogato con D.G.R. 949/C del 7 dicembre 2018 ratificata dal Consiglio Regionale con verbale n. 114/3 nella seduta del 31.12.2018)

### **ASSE TEMATICO 2 - INTERVENTI E SERVIZI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA**

**“LINEE GUIDA PER LA PROGRAMMAZIONE DEGLI  
INTERVENTI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA”  
ATTUATI CON IL SOSTEGNO DEL FONDO NAZIONALE PER LE  
NON AUTOSUFFICIENZE 2018**

---

**INDICE:**

<b>1. PREMESSA</b>	<b>PAG. 3</b>
<b>2. TIPOLOGIA ASSISTENZIALE E RELATIVO FINANZIAMENTO</b>	<b>PAG. 4</b>
<b>3. MODALITA' DI PROGRAMMAZIONE E DI ASSEGNAZIONE DEI CONTRIBUTI</b>	<b>PAG. 17</b>
<b>4. PRINCIPI DI TRASPARENZA E GARANZIA DI ACCESSO</b>	<b>PAG. 18</b>
<b>5. RENDICONTAZIONE</b>	<b>PAG. 18</b>
<b>6. RECUPERO E COMPENSAZIONE SOMME</b>	<b>PAG. 19</b>
<b>7. ALLEGATI:</b>	<b>PAG. 19</b>
- MODELLO DI DOMANDA	
- SCHEMA ACCORDO DI FIDUCIA	

## 1. PREMESSA

La Regione Abruzzo, al fine di sostenere la qualità di vita delle persone in condizioni di non autosufficienza, promuove sull'intero territorio regionale un complesso di interventi socio-sanitari finalizzati a:

- *facilitare la piena integrazione della persona non autosufficiente in ogni contesto della vita;*
- *valorizzare ed implementare la domiciliarità;*
- *alleviare l'impegno quotidiano dei nuclei familiari.*

Tali interventi sono caratterizzati da un elevato grado di integrazione sociale e sanitaria e, secondo quanto previsto nel Piano Sociale Regionale 2016-2018, vengono pianificati e gestiti dagli Ambiti Distrettuali Sociali **mediante programmazione sociale dell'Asse Tematico 2 "Interventi e servizi per la non autosufficienza" del Piano Distrettuale Sociale**, nonché coerentemente con le finalità indicate annualmente nei Decreti interministeriali per la ripartizione del Fondo per le non autosufficienze.

La programmazione dell'Asse Tematico 2 **"Interventi e servizi per la non autosufficienza"** prevede interventi e servizi per la non autosufficienza dell'Ambito Distrettuale e del Distretto sanitario. Le azioni previste sono:

**Area 2A** Programma per la non autosufficienza; tale Area contiene gli interventi e i servizi che verranno attivati con l'utilizzo del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze e che, in precedenza, costituivano il Piano Locale per la Non Autosufficienza. Tali interventi devono essere coerenti con il Decreto di riparto del FNNA e prevedere azioni per la non autosufficienza e per la disabilità gravissima.

**Area 2B** Interventi sanitari e socio-sanitari per la non autosufficienza; tale Area ricomprende interventi e servizi finanziati con risorse sanitarie (Azienda ASL e Distretto sanitario, Fondo Sanitario Nazionale), con risorse del Fondo per l'integrazione socio-sanitaria per il contributo ai Comuni per la compartecipazione ai costi dell'utenza in strutture socio-sanitarie e con risorse sociali (utilizzo del FNPS, FSR o altri fondi).

Attraverso gli interventi programmati si intende, prioritariamente, evitare ogni tipologia di ricovero improprio per favorire la permanenza della persona non autosufficiente nel nucleo familiare, migliorando, di conseguenza, la qualità delle relazioni affettive intrafamiliari, nonché delle relazioni sociali.

Tale finalità viene perseguita attraverso la creazione e lo sviluppo continuo di una rete, composta ed organizzata, di politiche, di risorse e di interventi a sostegno della domiciliarità e dei nuclei familiari che si fanno carico della cura, dell'assistenza e della tutela delle persone non autosufficienti.

## INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

L'integrazione socio-sanitaria all'interno della suddetta rete si fonda sul **processo di presa in carico**.

La presa in carico, dalla quale può originarsi l'invio e l'accesso ai diversi tipi di prestazioni e di interventi, richiede unitarietà nei momenti della valutazione, della definizione del progetto assistenziale individualizzato (P.A.I.), della verifica e dell'aggiornamento del progetto medesimo, attraverso:

- il sistema delle responsabilità locali nell'attuazione delle politiche sociali e sanitarie per la domiciliarità;
- i processi unitari per la valutazione del bisogno di cura da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) di cui al nuovo Piano Sociale 2016-2018 approvato con deliberazione di Consiglio Regionale n. 70/4 del 9 agosto 2016 e al Piano Sanitario Regionale 2008 - 2010 e ss.mm.ii.
- un processo di presa in carico attraverso il progetto assistenziale individualizzato, di sostegno e di accompagnamento della persona non autosufficiente e del suo nucleo familiare nell'ambito degli interventi individuati nel presente Atto e di altre misure per la Non Autosufficienza, da valutare nella loro globalità, in rapporto alla situazione di bisogno di assistenza rilevato mediante l'utilizzo di specifiche scale di valutazione;
- gli interventi da attuare e le risorse professionali, sociali, sanitarie e finanziarie, nonché eventuali quote di cofinanziamento da parte dell'Ambito Distrettuale Sociale (A.D.S.) e dell'Azienda U.S.L.
- gli strumenti per il monitoraggio e la valutazione degli interventi attuati.

## 2. TIPOLOGIE ASSISTENZIALI E RELATIVO FINANZIAMENTO

Le prestazioni, gli interventi ed i servizi assistenziali a sostegno della domiciliarità per le persone non autosufficienti, **sono quelli già inseriti nella rete dei servizi programmati all'interno dei Piani Distrettuali Sociali**, come da D.G.R. n. 758 del 15.12.2017 di presa d'atto della verifica di compatibilità dei Piani stessi con quanto indicato dal Piano sociale regionale 2016-2018, sulla scorta della valutazione di merito dell'apposito Gruppo tecnico.

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di concerto con i Ministri del Lavoro e delle Politiche Sociali, della Salute, dell'Economia e delle Finanze, del 12 dicembre 2018, registrato alla Corte dei Conti in data 28 gennaio 2019 - pubblicato nella G.U. n. 35 del 11 febbraio 2019, concernente la ripartizione e l'utilizzazione delle risorse del Fondo per le non autosufficienze per l'anno 2018, stabilisce, all'art. 2 - così come riportato all'art. 2 c. 1 del Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26 settembre 2016 - le aree prioritarie di intervento riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni, nelle more della determinazione del costo e del fabbisogno standard ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lettera f, della Legge 5 maggio 2009, n. 42. Tra le aree di intervento definite dal Ministero, la Regione Abruzzo ha individuato prioritariamente le seguenti:

- a) *l'attivazione o il rafforzamento del supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare, anche in termini di ore di assistenza personale e supporto familiare, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, adeguando le prestazioni alla evoluzione dei modelli di assistenza domiciliare;*
- b) *la previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con trasferimenti monetari nella misura in cui gli stessi siano condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari nelle forme individuate dalle Regioni o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato, di cui all'articolo 4, comma 1, lettera b del Decreto Ministero del Lavoro e Politiche Sociali del 26.09.2016, e in tal senso monitorati;*
- c) *la previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con interventi complementari all'assistenza domiciliare, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie, nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare, assumendo l'onere della quota sociale e di altre azioni di supporto individuate nel piano personalizzato, di cui all'articolo 4, comma 1, lettera b) Decreto Ministero del Lavoro e Politiche Sociali del 26.09.2016 e ad esclusione delle prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea.*

Ai sensi del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 dicembre 2018 sono stabilite le seguenti modalità di utilizzo delle risorse per la non autosufficienza:

- 50% per il finanziamento dei servizi erogati a favore delle persone non autosufficienti;
- 50% per il finanziamento degli interventi rivolti alle persone in condizione di disabilità gravissima, ivi inclusi quelle a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica, come individuate all'art. 3 del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26 settembre 2016 e delle persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer in tale condizione.

Le risorse a favore della Regione Abruzzo provenienti dal Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (F.N.N.A.) - per l'anno 2018 -, pari ad **€. 11.102.870,00**, assegnate con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di concerto con i Ministri del Lavoro e delle Politiche Sociali, della Salute, dell'Economia e delle Finanze, del 12 dicembre 2018 e con Decreto Direttoriale n. 650 del 21 dicembre 2018, sono ripartite tra gli Ambiti Distrettuali Sociali (A.D.S.) come di seguito specificato:

- a) la quota del 50% pari ad **€. 5.551.435,00** con i medesimi criteri utilizzati per il riparto delle risorse destinate al finanziamento dei Piani Distrettuali Sociali;
- b) la quota del 50% pari ad **€. 5.551.435,00** da ripartire con i medesimi criteri utilizzati per il riparto delle risorse destinate al finanziamento dei Piani Distrettuali Sociali, da utilizzare per gli interventi rivolti alla disabilità gravissima ai sensi dell'art. 3, del Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26 settembre 2016, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica e delle persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer in tale condizione.

Ciascun Ambito Distrettuale Sociale può utilizzare una quota massima pari al 10% del complessivo importo assegnato al fine di rispondere a specifici fabbisogni territoriali espressi per il sostegno a

persone con disabilità grave che presentano residue capacità di autodeterminazione ed autonomia personale.

La programmazione dei servizi per la non autosufficienza, predisposta dagli Ambiti Distrettuali Sociali all'interno dei rispettivi Piani distrettuali sociali, è articolata in conformità con le suddette finalità, secondo le indicazioni di seguito riportate.

Gli interventi, servizi e prestazioni ritenuti necessari dall'U.V.M. per la persona non autosufficiente, devono essere inseriti nel P.A.I., predisposto dalla U.V.M. territorialmente competente, prevedendo necessariamente almeno un intervento sanitario ed un intervento sociale.

Il P.A.I. deve individuare l'operatore di riferimento, sia per la persona assistita ed i suoi familiari, sia per gli altri operatori che intervengono a domicilio per la realizzazione del progetto stesso. Tale compito si sostanzia in una attività di raccordo e di collegamento tra servizi e nucleo familiare che deve essere resa in forma unitaria, evitando sovrapposizioni di interventi. Fatta salva l'autonomia della U.V.M. nell'individuazione dell'operatore più adeguato a svolgere tale funzione nello specifico progetto assistenziale, l'assistente sociale dell'A.D.S. e l'infermiere professionale del D.S.B. sono le figure professionali che in misura prevalente devono essere coinvolte nello svolgimento di tale compito.

## **A) INTERVENTI FINANZIATI CON QUOTA PARI AL 50% PER I SERVIZI A FAVORE DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI**

**A.1 A.D.I. - ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA.**

**A.2 A.D.S.A. - ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIOASSISTENZIALE.**

**A.3 SERVIZIO DI AIUTO PERSONALE.**

**A.4 TELESOCCORSO - TELEASSISTENZA.**

**A.5 TRASPORTO.**

**A.6 CENTRI DIURNI.**

**A.7 RIMBORSO QUOTA SOCIALE RETTE PER PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE**

**A.8 ASSEGNAZIONI ECONOMICHE PER IL SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITÀ E DELL'AUTONOMIA PERSONALE:**

**A.8.1 ASSEGNO DI CURA.**

**A.8.2 ASSEGNO VITA AUTONOMA.**

### **A.1 A.D.I. - ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

Il servizio **Assistenza domiciliare integrata** fornisce prestazioni socio assistenziali e sanitarie erogate **a domicilio**, a persone non autosufficienti, al fine di evitare ricoveri impropri e mantenere la persona non autosufficiente nel proprio ambiente di vita.

## **A.2 A.D.S.A. - ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIOASSISTENZIALE**

Il servizio di **Assistenza domiciliare socio assistenziale** è rivolto a persone non autosufficienti che necessitano di interventi di carattere socio-assistenziale finalizzato alla prevenzione, al mantenimento e al recupero delle potenzialità residue e che permettono alla persona stessa di rimanere nel proprio domicilio e nel proprio contesto di relazione.

Sono servizi rivolti alla cura ed igiene della persona, aiuto nella gestione della propria abitazione e sostegno psicologico.

## **A.3 SERVIZIO DI AIUTO PERSONALE**

Il Servizio di Aiuto personale è previsto dall'art. 9 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 ed è funzionalmente integrativo e complementare ma non sostitutivo al Servizio Domiciliare.

Esso consiste in prestazioni strutturate, finalizzate a soddisfare esigenze personali connesse con la vita di relazione, con la fruibilità del tempo libero e con particolari interessi professionali e di studio. È funzionalmente collegato al sistema dei servizi sociosanitari ed assistenziali e in particolare al servizio di assistenza domiciliare.

## **A.4 TELESOCORSO - TELEASSISTENZA**

Il servizio di telesoccorso prevede interventi tempestivi che coprono l'intero arco della giornata, e sono rivolti a persone non autosufficienti che possono incorrere in situazioni di emergenza, o di improvvisa difficoltà, derivanti da problematiche psico-fisiche e socio-economiche.

Tale tipo di assistenza garantisce interventi di supporto e di aiuto da eseguirsi in tempi e modi adeguati al bisogno e, comunque, idonei a consentire la fruizione degli interventi attivati e dei servizi pubblici presenti nel territorio.

Il Servizio della teleassistenza si esplica come l'insieme dei servizi alla persona erogabili telefonicamente ed assume quella forma particolare di telecompagnia, la quale sovente si rivela per l'utente l'unica occasione di evasione dalla solitudine e di stimolo per la socializzazione.

## **A.5 TRASPORTO**

Il servizio di trasporto, anche mediante un servizio di taxi sociale, è rivolto principalmente alle persone non autosufficienti, al fine di facilitare il contatto con le realtà sociali, ricreative, culturali del proprio territorio e partecipare ad attività quali laboratori, teatri, manifestazioni, etc.

Inoltre, tale servizio comprende l'accompagnamento a Centri Diurni, visite mediche, a terapie riabilitative ed altre attività di socializzazione ed integrazione sociale.

## **A.6 CENTRI DIURNI**

Le attività di assistenza e cura delle persone non autosufficienti da parte dei nuclei familiari richiedono di essere supportati e sostenuti da una rete di servizi sul territorio, attraverso i quali sia possibile accedere a servizi e prestazioni che alleviano il carico assistenziale sostenuto dal nucleo familiare.

Fanno parte di questa area di intervento servizi quali i *centri diurni*, intesi come strutture semiresidenziali finalizzate alla deistituzionalizzazione, al sostegno e sollievo al nucleo familiare ed al miglioramento e mantenimento dell'autonomia residua della persona non autosufficiente.

#### **A.7 RIMBORSO QUOTA SOCIALE RETTE PER PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE**

Intervento di supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia a titolo di rimborso dei costi relativi alla quota sociale per ricoveri di sollievo presso strutture socio-sanitarie nel caso in cui gli stessi siano complementari al percorso domiciliare. L'attribuzione delle risorse viene effettuata tramite l'erogazione a favore degli ambiti distrettuali sociali in proporzione diretta al numero degli assistiti residenti accolti presso le strutture socio-sanitarie e per i periodi di accoglienza.

#### **A.8 ASSEGNAZIONI ECONOMICHE PER IL SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITÀ E DELL'AUTONOMIA PERSONALE**

L'accesso alle assegnazioni economiche è regolato dalla valutazione del grado di intensità del bisogno socio-assistenziale della persona non autosufficiente da parte dell'U.V.M. e - in caso di parità del bisogno rilevato - dal possesso del reddito ISEE più basso, ai sensi del D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159, coordinato con l'"Atto di indirizzo applicativo per l'attuazione omogenea e integrata del D.P.C.M. 159/2013 nel territorio della Regione Abruzzo" approvato con D.G.R. n. 112/2017.

Per la concessione del contributo il beneficiario e l'ECAD di appartenenza dovranno dichiarare e sottoscrivere i reciproci impegni e le modalità di utilizzo delle risorse riportati in un apposito accordo denominato "**Accordo di Fiducia**" (*Allegato 2*).

##### **A.8.1 ASSEGNO DI CURA**

L'assegno di cura è un sostegno economico in favore dei nuclei familiari finalizzato ad integrare le risorse economiche necessarie ad assicurare la continuità dell'assistenza alla persona non autosufficiente e a garantire alla stessa la permanenza nel nucleo familiare o nell'ambiente di appartenenza, evitando il ricovero in strutture residenziali.

Tale disponibilità si realizza attraverso l'assistenza diretta alla persona non autosufficiente da parte del nucleo familiare, ovvero mediante ricorso alla prestazione lavorativa di assistenti familiari.

La disponibilità all'assistenza diretta e, qualora ricorra il caso, l'individuazione dell'assistente familiare, devono essere formalizzate attraverso apposito accordo di fiducia sottoscritto con il Servizio Sociale competente ed inserito nel progetto assistenziale



individualizzato (PAI).

Nell'accordo di fiducia devono essere indicati:

- il progetto assistenziale personalizzato e gli obiettivi da perseguire;
- le attività assistenziali che il nucleo familiare si impegna ad assicurare;
- la durata del contratto/accordo;
- le modalità e i tempi della verifica;
- l'entità del contributo;
- le modalità di erogazione in relazione alla tipologia della spesa prevista;
- gli altri impegni da parte del familiare che si assume la responsabilità dell'accordo;
- la dichiarazione dell'utente di non essere beneficiario di altri contributi e/o sussidi economici, nello specifico di non essere beneficiario di contributi per le persone affette da SLA, disabilità gravissima, Assegno Vita Indipendente e Contributo previsto dalla L.R. 23/11/2012, n.57;
- l'impegno da parte dell'utente, a comunicare tempestivamente qualsiasi mutamento delle condizioni che costituiscono il presupposto per l'attribuzione del contributo previsto;
- l'impegno da parte dell'utente a produrre i giustificativi di spesa ed in caso di assunzione di personale esterno la documentazione attestante il versamento trimestrale dei contributi e oneri previsti per legge;
- le modalità e i tempi del monitoraggio;
- le modalità di valutazione dell'intervento del case-manager o assistente sociale referente.

L'Ente Capofila di Ambito Distrettuale è tenuto a verificare il rispetto dell'accordo sottoscritto e, in caso di ricorso ad assistenti familiari esterni, ad **acquisire copia dei versamenti contributivi trimestrali effettuati**.

**L'importo mensile dell'Assegno di Cura è stabilito per un massimo di € 500,00, nei limiti delle risorse disponibili assegnate a ciascun A.D.S.**

**E' possibile ottenere nello stesso periodo temporale di riferimento uno solo dei benefici economici indicati nel presente atto. L'Assegno di Cura, nel limite massimo di 12 mensilità, è incompatibile con:**

1. **l'Assegno di Vita Autonoma;**
2. **l'Assegno Disabilità Gravissima per le persone affette da S.L.A;**
3. **l'erogazione del contributo previsto dalla L.R. 23.11.2012, n. 57.**
4. **L'Assegno disabilità gravissima incluse persone con stato di demenza molto grave e Alzheimer;**
5. **Altre prestazioni economiche nazionali e regionali aventi le medesime finalità (es. sostegno economico per il care-giver per l'assistenza a minori in età pediatrica affetti da malattie rare).**

#### **A.8.2 ASSEGNO VITA AUTONOMA**

L'Assegno Vita Autonoma è un beneficio economico attivato su richiesta e finalizzato alla vita autonoma delle persone non autosufficienti, attraverso il quale la persona, in forma

autogestita, fruisce dei servizi socio assistenziali che l'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) ritiene necessari per la realizzazione del Progetto Assistenziale Individualizzato (P.A.I.).

I servizi socio assistenziali individuati nel P.A.I. sono oggetto di apposito accordo sottoscritto con il Servizio sociale competente.

Nell'accordo di fiducia devono essere indicati:

- il progetto personale individualizzato;
- i servizi da acquistare in forma autogestita;
- la durata del contratto/accordo;
- le modalità e i tempi di verifica;
- l'entità del contributo;
- le modalità di erogazione in relazione alla tipologia della spesa prevista;
- gli altri impegni da parte del beneficiario il quale si assume la responsabilità dell'accordo;
- la dichiarazione dell'utente di non essere beneficiario di altri contributi e/o sussidi economici, nello specifico di non essere beneficiario di contributi per le persone affette da SLA, disabilità gravissima, Assegno di cura e Contributo previsto dalla L.R. 23/11/2012, n.57;
- l'impegno da parte dell'utente, a comunicare tempestivamente qualsiasi mutamento delle condizioni che costituiscono il presupposto per l'attribuzione del contributo previsto;
- l'impegno da parte dell'utente a produrre i giustificativi di spesa ed in caso di assunzione di personale esterno la documentazione attestante il versamento trimestrale dei contributi e oneri previsti per legge;
- le modalità e i tempi del monitoraggio;
- le modalità di valutazione dell'intervento del case-manager o assistente sociale referente.

L'Ente Capofila di Ambito Distrettuale è tenuto a verificare il rispetto dell'accordo sottoscritto e, ad acquisire copia dei pagamenti effettuati per l'acquisto dei servizi socio-assistenziali individuati nel PAI.

**L'importo mensile dell'Assegno Vita Autonoma è stabilito per un massimo di € 800,00, nei limiti delle risorse disponibili assegnate a ciascun A.D.S.**

**E' possibile ottenere nello stesso periodo temporale di riferimento uno solo dei benefici economici indicati nel presente atto. L'Assegno Vita Autonoma, nel limite massimo di 12 mensilità, è incompatibile con:**

1. **l'Assegno di Cura;**
2. **l'Assegno Disabilità Gravissima per le persone affette da S.L.A;**
3. **l'erogazione del contributo previsto dalla L.R. 23.11.2012, n. 57.**
4. **L'Assegno disabilità gravissima incluse persone con stato di demenza molto grave e Alzheimer;**
5. **Altre prestazioni economiche nazionali e regionali aventi le medesime finalità (es. sostegno economico per il care-giver per l'assistenza a minori in età pediatrica affetti da malattie rare).**

## **B) INTERVENTI FINANZIATI CON QUOTA PARI AL 50% ART. 3 DECRETO DEL MINISTRO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI E DEL LAVORO DEL 26.09.2016.**

### **B.1 ASSEGNO DISABILITÀ GRAVISSIMA**

#### **B.1.1 ASSEGNO DISABILITÀ GRAVISSIMA PER LE PERSONE AFFETTE DA S.L.A. (SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA)**

#### **B.1.2 ASSEGNO DISABILITÀ GRAVISSIMA PER LE PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA INCLUSE LE PERSONE CON STATO DI DEMENZA MOLTO GRAVE, TRA CUI QUELLE AFFETTE DAL MORBO DI ALZHEIMER IN TALE CONDIZIONE.**

### **B.2 A.D.I. - ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA S.L.A. E DISABILITÀ GRAVISSIMA**

### **B.3 A.D.S.A. - ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO ASSISTENZIALE S.L.A. E DISABILITÀ GRAVISSIMA**

Interventi rivolti a persone in condizione di disabilità gravissima, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica e delle persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer in tale condizione, finalizzati ad evitare ricoveri impropri e a mantenere il disabile gravissimo nel proprio ambiente di vita.

Per i casi di **disabilità gravissima e affetti da SLA**, già valutati dall'UVM nelle precedenti annualità e in possesso di una attestazione socio-sanitaria dello stato di non autosufficienza permanente e/o non soggetta a margini di miglioramento (rilasciata dal medico curante o altri organismi sanitari e socio-sanitari competenti) non è necessaria una ulteriore valutazione da parte dell'UVM salvo i casi in cui tale valutazione venga richiesta direttamente dall'utente.

L'art. 3, comma 2, del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26 settembre 2016 recita: *Per persone in condizione di disabilità gravissima, ai soli fini del presente decreto, si intendono le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013, e per le quali sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:*

- a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) <=10;*
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);*
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) >=4;*
- d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di*

*lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;*

- e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo  $\leq 1$  ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS)  $\geq 9$ . o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;*
- f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;*
- g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;*
- h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con  $QI \leq 34$  e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER)  $\leq 8$ ;*
- 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 psico-fisiche.*

*Le scale per la valutazione della condizione di disabilità gravissima, di cui al comma 2, lettere a), c), d), e) e h), sono illustrate nell'Allegato 1 al Decreto 26/09/2016. Per l'individuazione delle altre persone in condizione di dipendenza vitale, di cui al comma 2, lettera i), si utilizzano i criteri di cui all'Allegato 2 al Decreto 26/09/2016.*

## **B.1 ASSEGNO DISABILITÀ GRAVISSIMA**

È un beneficio economico a favore di persone in condizione di disabilità gravissima, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica, di cui all'art. 3 del Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali 26 settembre 2016 e delle persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer in tale condizione.

L'assegno disabilità gravissima è attivato su richiesta, in favore dei nuclei familiari ed è finalizzato ad integrare le risorse economiche necessarie ad assicurare la continuità dell'assistenza alla persona in condizione di disabilità gravissima e a garantire alla stessa la permanenza nel proprio contesto abitativo, sociale ed affettivo, evitando tra l'altro, il ricovero in strutture ospedaliere e/o residenziali.

### **B.1.1 ASSEGNO DISABILITÀ GRAVISSIMA PER LE PERSONE AFFETTE DA S.L.A. (SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA)**

L'erogazione dell'assegno disabilità gravissima a favore di persone affette da SLA è subordinato alla disponibilità del nucleo familiare ad assicurare la permanenza della persona in condizione di

dipendenza vitale al proprio domicilio. Tale disponibilità si realizza attraverso l'assistenza diretta da parte del nucleo familiare stesso, ovvero mediante ricorso alla prestazione lavorativa di assistenti familiari.

Le modalità ed i termini di erogazione dell'Assegno disabilità gravissima per le persone affette da S.L.A. sono stabiliti dal Piano Esecutivo SLA, approvato con DGR n. 742 del 12.11.2012, nei limiti delle risorse disponibili assegnate a ciascun A.D.S.

#### **DESTINATARI E PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE**

Possono presentare istanza di accesso all'Assegno disabilità gravissima per le persone affette da SLA tutti i cittadini residenti nella Regione Abruzzo per i quali sia stata certificata la diagnosi definitiva di Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), rilasciata da struttura pubblica competente.

L'istanza, corredata dalla suddetta certificazione di diagnosi definitiva di SLA, deve essere presentata all'E.C.A.D. nel cui territorio è compreso il Comune di residenza della persona affetta da SLA mediante raccomandata con ricevuta di ritorno o consegna diretta.

L'istanza deve essere formulata, dall'interessato o da chi ne cura gli interessi, utilizzando il "Modello di istanza di assegno di cura" - Allegato "5" di cui alla DGR n. 742 del 12.11.2012.

#### **ATTIVAZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI.**

L'entità dell'Assegno disabilità gravissima per le persone affette da SLA è commisurata al "livello di intensità assistenziale" di cui necessita il malato di SLA, correlato al "punteggio globale" del "grado di compromissione funzionale", come definiti nella "Scheda per la valutazione dello stadio di malattia nei pazienti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)", elaborata dal Centro regionale per le malattie neuromuscolari-Ospedale Clinicizzato SS. Annunziata di Chieti, Allegato "2" di cui alla DGR n. 742 del 12.11.2012.

La valutazione del grado di compromissione funzionale dei malati che hanno presentato istanza di accesso agli assegni di cura è effettuata dalla UVM competente per territorio.

A tal fine, entro 20 (venti) giorni dal termine di presentazione delle istanze di cui al punto 2.8.1.1, gli ADS attivano le UVM competenti per territorio, trasmettendo alle medesime le istanze corredate dalla relativa documentazione.

Applicando i criteri di valutazione stabiliti nella citata "Scheda per la valutazione dello stadio di malattia", l'UVM definisce per ciascun malato il punteggio globale – espresso in cifre e in lettere con un numero da 0 (zero) a 72 (settantadue) – indicante il grado della compromissione funzionale del malato.

Le UVM trasmettono agli E.C.A.D. richiedenti la suddetta documentazione entro il termine di 30 (trenta) giorni dall'invio delle istanze presentate.

#### **CRITERI PER LA QUANTIFICAZIONE DEGLI ASSEGNI DISABILITÀ GRAVISSIMA PER LE PERSONE AFFETTE DA SLA**

Gli Assegni disabilità gravissima per le persone affette da SLA vengono erogati alle persone per le quali, in applicazione della suddetta "Scheda per la valutazione dello stadio di malattia", il punteggio globale del grado di compromissione funzionale, risulti uguale o superiore a 10 (dieci). A ciascun livello di intensità assistenziale di cui necessita la persona affetta da SLA, corrisponde un diverso importo dell'assegno, nei limiti delle risorse disponibili assegnate a ciascun A.D.S., per

un massimo di 12 mesi, come di seguito indicato:

FASCIA	COMPROMISSIONE FUNZIONALE PUNTEGGIO GLOBALE	INTENSITÀ ASSISTENZIALE	IMPORTI MENSILI
A	0-9	Bassa	€ 0,00
B	10-18	Media	€ 440,00
C	19-24	Medio-alta	€ 660,00
D	≥ 25	Alta	€ 1.100,00

#### ACCORDO DI FIDUCIA

L'impegno a utilizzare l'Assegno disabilità gravissima per le persone affette da SLA, deve essere formalizzato attraverso apposito "accordo di fiducia" sottoscritto dal malato ammesso a contributo, o dalla persona che ne tutela gli interessi e dall'E.C.A.D., prima dell'avvio della effettiva erogazione dell'Assegno disabilità gravissima per le persone affette da SLA.

Nell'accordo di fiducia devono essere indicati:

- il progetto personale individualizzato;
- i servizi da acquistare in forma autogestita;
- la durata del contratto/accordo;
- le modalità e i tempi di verifica;
- l'entità del contributo;
- le modalità di erogazione in relazione alla tipologia della spesa prevista;
- gli altri impegni da parte del beneficiario il quale si assume la responsabilità dell'accordo;
- la dichiarazione dell'utente di non essere beneficiario di altri contributi e/o sussidi economici, nello specifico di non essere beneficiario di contributi per le persone affette da SLA, disabilità gravissima, Assegno di cura e Contributo previsto dalla L.R. 23/11/2012, n.57;
- l'impegno da parte dell'utente, a comunicare tempestivamente qualsiasi mutamento delle condizioni che costituiscono il presupposto per l'attribuzione del contributo previsto;
- l'impegno da parte dell'utente a produrre i giustificativi di spesa ed in caso di assunzione di personale esterno la documentazione attestante il versamento trimestrale dei contributi e oneri previsti per legge;
- le modalità e i tempi del monitoraggio;
- le modalità di valutazione dell'intervento del case-manager o assistente sociale referente.

La mancanza di sottoscrizione del suddetto accordo è causa di decadenza dal contributo.

L'atto di impegno deve contenere i dati identificativi e i recapiti, compreso telefono/fax ed email del sottoscrittore, e deve essere corredato da fotocopia di un documento di identità del medesimo, in corso di validità.

L'E.C.A.D. è tenuto a monitorare almeno trimestralmente il rispetto dell'accordo sottoscritto e, in caso di ricorso ad assistenti familiari esterni, ad acquisire copia dei versamenti contributivi effettuati.

Gli Ambiti Distrettuali Sociali adeguano l'importo dell'Assegno Disabilità Gravissima per le

persone affette da SLA ai malati per i quali l'UVM, a seguito di nuova valutazione, verifica l'aggravamento della patologia e assegna un punteggio globale di compromissione funzionale corrispondente a un livello di intensità assistenziale più elevato.

**E' possibile ottenere nello stesso periodo temporale di riferimento uno solo dei benefici economici indicati nel presente atto. L'Assegno Disabilità Gravissima per le persone affette da S.L.A., nel limite massimo di 12 mensilità, è incompatibile con:**

1. l'Assegno di Cura;
2. l'Assegno Vita Autonoma;
3. l'erogazione del contributo previsto dalla L.R. 23.11.2012, n. 57.
4. L'Assegno disabilità gravissima include persone con stato di demenza molto grave e Alzheimer;
5. Altre prestazioni economiche nazionali e regionali aventi le medesime finalità (es. sostegno economico per il care-giver per l'assistenza a minori in età pediatrica affetti da malattie rare).

#### **B.1.2 ASSEGNO DISABILITÀ GRAVISSIMA PER LE PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA INCLUSE LE PERSONE CON STATO DI DEMENZA MOLTO GRAVE, TRA CUI QUELLE AFFETTE DAL MORBO DI ALZHEIMER IN TALE CONDIZIONE.**

Possono presentare istanza di accesso all'Assegno disabilità gravissima, tutti i cittadini residenti nella Regione Abruzzo che si trovino nella condizione di disabilità gravissima definita ai sensi dell'art. 3, del Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali 26.09.2016 incluse le persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer in tale condizione e che dovrà essere certificata dalla U.V.M. territorialmente competente su attivazione dell'Ente Capofila di Ambito Distrettuale, utilizzando, ferma restando le scale per la valutazione già approvate dalla Regione Abruzzo con Decreto del Commissario ad Acta n. 107/2013, le scale di valutazione di cui al comma 2 lettere a), c), d), e) ed h) illustrate nell'allegato 1) del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26.09.2016. Per l'individuazione delle altre persone in condizione di dipendenza vitale, di cui al comma 2, lettera i), si utilizzano i criteri di cui all'allegato 2) del citato decreto del 26.09.2016.

L'istanza deve essere presentata all'E.C.A.D. nel cui territorio è compreso il Comune di residenza della persona in condizione di disabilità gravissima mediante raccomandata con ricevuta di ritorno o consegna diretta.

L'erogazione dell'assegno disabilità gravissima è subordinata alla disponibilità del nucleo familiare ad assicurare la permanenza della persona al proprio domicilio. Tale disponibilità si realizza attraverso l'assistenza diretta da parte del nucleo familiare stesso, ovvero mediante ricorso alla prestazione lavorativa di assistenti familiari.

L'accesso al beneficio economico è regolato dalla valutazione del grado di intensità del bisogno socio-assistenziale della persona non autosufficiente da parte dell'U.V.M. e - a parità di condizioni di bisogno - dal possesso del reddito ISEE più basso, ai sensi del D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159, coordinato con l' "Atto di indirizzo applicativo per l'attuazione omogenea e integrata del D.P.C.M. 159/2013 nel territorio della Regione Abruzzo" approvato con D.G.R. n. 112/2017.

La disponibilità all'assistenza diretta e, qualora ricorra il caso, l'individuazione dell'assistente familiare, deve essere formalizzata attraverso apposito accordo sottoscritto con il Servizio Sociale competente ed inserito nel progetto assistenziale individualizzato (PAI).

#### **ACCORDO DI FIDUCIA**

L'impegno a utilizzare l'Assegno disabilità gravissima per le persone in condizione di disabilità gravissima incluse le persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer in tale condizione, deve essere formalizzato attraverso apposito "Accordo di Fiducia" (Allegato 2) sottoscritto dal beneficiario del contributo, o dalla persona che ne tutela gli interessi e dall'E.C.A.D., prima dell'avvio della effettiva erogazione dell'Assegno disabilità gravissima.

Nell'accordo di fiducia devono essere indicati:

- il progetto personale individualizzato;
  - i servizi da acquistare in forma autogestita;
  - la durata del contratto/accordo;
  - le modalità e i tempi di verifica;
  - l'entità del contributo;
  - le modalità di erogazione in relazione alla tipologia della spesa prevista;
  - gli altri impegni da parte del beneficiario il quale si assume la responsabilità dell'accordo;
  - la dichiarazione dell'utente di non essere beneficiario di altri contributi e/o sussidi economici, nello specifico di non essere beneficiario di contributi per le persone affette da SLA, Assegno Vita Indipendente, Assegno di cura e Contributo previsto dalla L.R. 23/11/2012, n.57;
  - l'impegno da parte dell'utente, a comunicare tempestivamente qualsiasi mutamento delle condizioni che costituiscono il presupposto per l'attribuzione del contributo previsto;
  - l'impegno da parte dell'utente a produrre i giustificativi di spesa ed in caso di assunzione di personale esterno la documentazione attestante il versamento trimestrale dei contributi e oneri previsti per legge;
  - le modalità e i tempi del monitoraggio;
  - le modalità di valutazione dell'intervento del case-manager o assistente sociale referente.
- L'E.C.A.D. è tenuto a verificare il rispetto dell'accordo sottoscritto e, in caso di ricorso ad assistenti familiari esterni, ad **acquisire copia dei versamenti contributivi trimestrali effettuati.**

**L'importo mensile dell'Assegno Disabilità Gravissima è stabilito per un massimo di € 1.100,00, nei limiti delle risorse disponibili assegnate a ciascun A.D.S..**

**E' possibile ottenere nello stesso periodo temporale di riferimento uno solo dei benefici**



economici indicati nel presente atto. **L'Assegno per la Disabilità Gravissima, nel limite massimo di 12 mensilità, è incompatibile con:**

1. **l'Assegno di Cura;**
2. **l'Assegno Vita Autonoma;**
3. **l'erogazione del contributo previsto dalla L.R. 23.11.2012, n. 57;**
4. **l'Assegno disabilità gravissima per le persone affette da S.L.A;**
5. **altre prestazioni economiche di carattere nazionale e regionale aventi le medesime finalità (es. il sostegno economico al care-giver per l'assistenza a minori in età pediatrica affetti da malattie rare).**

## **B.2 A.D.I. - ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA S.L.A. E DISABILITÀ GRAVISSIMA**

Il servizio **Assistenza domiciliare integrata** fornisce prestazioni socio assistenziali e sanitarie erogate **a domicilio**, a persone in condizione di disabilità gravissima incluse le persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer in tale condizione e alle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica.

## **B.3 A.D.S.A. - ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO ASSISTENZIALE S.L.A. E DISABILITÀ GRAVISSIMA**

Il servizio di **Assistenza domiciliare socio assistenziale** è rivolto a disabili gravissimi incluse le persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer in tale condizione e alle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica, che necessitano di interventi di carattere socio- assistenziale finalizzato alla prevenzione, al mantenimento e al recupero delle potenzialità residue della persona assistita che permettono alla persona stessa di rimanere nel proprio domicilio e nel proprio contesto di relazione.

Sono servizi rivolti alla cura ed igiene della persona, aiuto nella gestione della propria abitazione e sostegno psicologico.

## **3. MODALITÀ DI PROGRAMMAZIONE E DI ASSEGNAZIONE DEI CONTRIBUTI**

La programmazione degli interventi e dei servizi per la non autosufficienza - come già specificato in premessa e secondo quanto previsto nel Piano Sociale Regionale 2016-2018 (Prorogato con verbale n.114/3 del Consiglio Regionale nella seduta del 31.12.2018) - viene pianificata e gestita dagli Ambiti Distrettuali Sociali mediante gli interventi previsti all'interno dell'Asse Tematico 2 "Interventi e servizi per la non autosufficienza" del Piano Distrettuale Sociale elaborati in coerenza con le finalità indicate annualmente nei Decreti interministeriali per la ripartizione del Fondo per le non autosufficienze.

A seguito dell'approvazione delle presenti Linee di indirizzo da parte della Giunta Regionale, il competente Servizio regionale - previo accertamento delle effettive risorse provenienti dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - procede a ripartire le risorse a favore di ciascun Ambito distrettuale sociale

secondo i criteri individuati al precedente punto 2.

Le eventuali modifiche e/o rimodulazioni delle schede di servizio/intervento - già approvate all'interno del Piano distrettuale sociale - devono essere presentate a cura dell'E.C.A.D. alla Regione Abruzzo - Dipartimento per la Salute e il Welfare, Servizio Programmazione Sociale e Sistema Integrato Socio-Sanitario - utilizzando l'indirizzo PEC [dpf014@pec.regione.abruzzo.it](mailto:dpf014@pec.regione.abruzzo.it) entro il termine che verrà comunicato da parte del competente Servizio regionale.

#### 4. PRINCIPI DI TRASPARENZA E GARANZIA DI ACCESSO

Gli Enti di Ambito Distrettuale Sociale durante la fase procedurale di assegnazione dei benefici, devono assicurare il rispetto dei criteri di trasparenza e pubblicizzazione a garanzia della piena diffusione e del diritto di accesso agli stessi da parte di tutti i cittadini del proprio territorio. A tal fine vanno utilizzati i canali informativi istituzionali con il supporto dei servizi dedicati all'accesso e all'orientamento del cittadino (Segretariato Sociale e Punto Unico di Accesso), dando priorità allo strumento dell'avviso pubblico.

#### 5. RENDICONTAZIONE

Al fine di verificare l'efficace gestione delle risorse, nonché la destinazione delle stesse al perseguimento delle finalità previste dalle presenti Linee di indirizzo, anche alla luce degli obblighi di trasparenza di cui all'art. 11, comma 1, del Decreto Legislativo 27.10.2009, n. 150, la Regione Abruzzo è tenuta a comunicare al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, ai sensi del comma 2, art. 5 del Decreto 26 settembre 2016, tutti i dati necessari al monitoraggio degli interventi finanziati con le risorse del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza.

Pertanto, gli E.C.A.D. di ciascun Ambito distrettuale sociale, destinatari dei contributi, **sono tenuti ad inviare apposita rendicontazione**, entro il termine che sarà comunicato dal competente Servizio della Giunta Regionale, unitamente ad un **dettagliato rapporto finale** sui risultati raggiunti.

Gli Enti di Ambito Sociale dovranno, inoltre, trasmettere al competente Servizio Regionale - entro i termini stabiliti - le informazioni necessarie per la rilevazione del numero di persone assistite in generale nel proprio territorio, nonché di quelle in condizione di disabilità gravissima distinte per tipologia di disabilità, ai sensi dell'articolo 3, comma 5, del D.M. 26 settembre 2016 e successive disposizioni del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Nelle modalità stabilite dall'INPS e dal Ministero del Lavoro riportate nell'Accordo della Conferenza Unificata del 19 aprile 2019 e ribadite nella circolare dell'I.N.P.S. regionale del 9 maggio 2019 i Comuni e gli Ambiti Distrettuali Sociali sono tenuti ad alimentare il "Casellario dell'Assistenza" (SIUSS) con i dati riferiti alla presa in carico ed alle prestazioni sociali erogate.

## **6. RECUPERO E COMPENSAZIONE SOMME**

La mancata o insufficiente rendicontazione del contributo erogato da parte dell'E.C.A.D. comporta, qualora non restituita, il recupero delle somme non utilizzate mediante compensazione sull'analogha assegnazione per l'anno successivo a quello di presentazione del rendiconto.

Le somme non rendicontate saranno utilizzate per il finanziamento degli interventi programmati nella successiva annualità.

## **7. ALLEGATI:**

1. MODELLO DI DOMANDA
2. SCHEMA TIPO DI ACCORDO DI FIDUCIA

ALLEGATO 1: MODELLO DI DOMANDA

**ECAD N° \_\_\_\_\_**

**SERVIZIO COMPETENTE:**

**ADS:**

**DSB di riferimento:**

**MODULO RICHIESTA (INTERVENTI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA)**

**ALL'ENTE AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE**

**N°.....**

**UFFICIO DI PIANO ECAD N°...**

via:.....,n°.....

Cap.....Comune.....

**DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**

Il/la sottoscritto/a..... nato/a a ..... Prov. (.....)

il...../...../...../, nazionalità:  italiana  unione europea  extracomunitaria:.....

residente a ..... Prov. (.....)

Via/Piazza ..... n°.....

Tel.: ..... E-mail .....

Codice Fiscale: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Medico di medicina Generale: ..... Tel.: .....

**(\*)** Riconosciuto: Persona disabile in situazione di gravità (art. 3, comma 3 L. 104/92) in data.....

**(\*)** Allegare copia verbale

**DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a a ..... Il...../...../.....

Residente a ..... (.....) Via/Piazza .....

Tel..... E-mail .....

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

Familiare: .....,  Tutore,  Amministratore di sostegno,  Altro (specificare).....

Del Sig./Sig.ra..... nato/a a ..... Il...../...../...../  
Residente a ..... (.....) Via/Piazza/C.da .....  
Codice Fiscale | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |  
Recapito telefonico .....  
Medico di medicina Generale: ..... Tel.: .....

**C H I E D E**

**A  INTERVENTI PER SERVIZI A FAVORE DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI (barrare una richiesta):**

- A.1 A.D.I. - ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**
- A.2 A.D.S.A. - ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO ASSISTENZIALE**
- A.3 SERVIZIO DI AIUTO PERSONALE**
- A. 4 TELESOCOORSO - TELEASSISTENZA**
- A.5 TRASPORTO**
- A.6 INSERIMENTO PRESSO CENTRO DIURNO**
- A.7 RIMBORSO QUOTA SOCIALE RETTA PER PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE**
- A.8.1 ASSEGNO DI CURA**
- A.8.2 ASSEGNO DI VITA AUTONOMA**

**B  INTERVENTI ECONOMICI AI SENSI ART. 3 DECRETO MINISTERO D.L. E P.S. (barrare una richiesta):**

**ASSEGNO DISABILITÀ GRAVISSIMA**

- B.1.1. ASSEGNO DI DISABILITÀ GRAVISSIMA PER LE PERSONE AFFETTE DA S.L.A. (SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA)**
- B.1.2. ASSEGNO DI DISABILITÀ GRAVISSIMA PER LE PERSONE IN CONDIZIONI DI DISABILITA' GRAVISSIMA INCLUSE LE PERSONE IN STATO DI DEMENZA MOLTO GRAVE, TRA CUI QUELLE AFFETTE DAL MORBO DI ALZHEIMER IN TALE CONDIZIONE**
- B.2. A.D.I. ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA S.L.A. E DISABILITA' GRAVISSIMA**
- B.3. A.D.S.A. ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE S.L.A. E DISABILITA' GRAVISSIMA**

A t a l f i n e d i c h i a r a :

**Composizione del Nucleo Familiare**

Cognome e nome	Data di nascita	Grado di parentela	Situazione occupazionale (*)	ISEE

(\*): Studente; Lavoratore/trice a tempo indeterminato; Lavoratore/trice a tempo determinato; Pensionato/a sociale; Pensionato/a; Disoccupato; Altro:

Attuale situazione abitativa del candidato al progetto

da solo       in famiglia       in Comunità       altro:

.....

**Attualmente usufruisce dei seguenti servizi:**

Tipologia Servizi	Erogatore	h. settimanali	contributo (mensile)
<input type="checkbox"/> Servizio assistenza Domiciliare - SAD			
<input type="checkbox"/> Assistenza Infermieristica Domiciliare			
<input type="checkbox"/> Assistenza Programmata Domiciliare (ADP - Medico Curante)			
<input type="checkbox"/> Servizio di Aiuto alla Persona			
<input type="checkbox"/> P.L.N.A.			
<input type="checkbox"/> Assegno di Cura e Assistenza			
<input type="checkbox"/> Trasporto			
<input type="checkbox"/> Buoni Servizio			
<input type="checkbox"/> Disponibilità di obiettori di Coscienza/Volontariato			
<input type="checkbox"/> Centro Diurno / Laboratorio			
<input type="checkbox"/> Inserimento Lavorativo / Formativo			
<input type="checkbox"/> Servizio Socio Assistenziale Scolastico e/o Socio Educativo Scolastico e/o Extra Scolastico			
<input type="checkbox"/> Contributo SLA / Dipendenza Vitale			
<input type="checkbox"/> prestazione servizio ai sensi dell'Home Care Premium (HCP)			

<input type="checkbox"/>	beneficio economico ai sensi dell'Home Care Premium (HCP)			
<input type="checkbox"/>	Altro:			

**A s s i s t e n z a   s v o l t a   d a i   f a m i l i a r i   e / o  
a l t r a   f i g u r a   ( a s s i s t e n t e / c a r e   g i v e r )**


## A R E E D E I B I S O G N I

### AREA AUTONOMIA PERSONALE

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ALZARSI DAL LETTO            | <input type="checkbox"/> USO DEL WC                     | <input type="checkbox"/> LAVARSI IL VISO       |
| <input type="checkbox"/> LAVARSI LE MANI              | <input type="checkbox"/> LAVARSI I CAPELLI E PETTINARSI | <input type="checkbox"/> IGIENE INTIMA         |
| <input type="checkbox"/> FARE IL BAGNO O DOCCIA       | <input type="checkbox"/> VESTIRSI O SPOGLIARSI          | <input type="checkbox"/> ASSISTENZA NOTTURNA   |
| <input type="checkbox"/> SEMPLICI INTERVENTI SANITARI | <input type="checkbox"/> GESTIONE CATETERE              | <input type="checkbox"/> GESTIONE DEGLI AUSILI |
| <input type="checkbox"/> CORICARSI                    | <input type="checkbox"/> MANGIARE, BERE                 | <input type="checkbox"/> ALTRO: _____          |

### AREA AUTONOMIA DOMESTICA

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> PULIRE LA CASA                | <input type="checkbox"/> PREPARARE I PASTI | <input type="checkbox"/> FARE LA SPESA |
| <input type="checkbox"/> GESTIRE LA PRESENZA DI OSPITI | <input type="checkbox"/> ALTRO: _____      |  |

### AREA AUTONOMIA SOCIO-LAVORATIVA

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> SPOSTARSI IN CARROZZINA FUORI DALL'ABITAZIONE | <input type="checkbox"/> GUIDA DEL MEZZO A DISPOSIZIONE        |
| <input type="checkbox"/> UTILIZZO DEI MEZZI PUBBLICI ACCESSIBILI       | <input type="checkbox"/> PARTECIPAZIONE ATTIVITA' CULTURALI    |
| <input type="checkbox"/> ATTIVITA' RELATIVA AL TEMPO LIBERO            | <input type="checkbox"/> DISBRIGO DI PRATICHE BUROCRATICHE     |
| <input type="checkbox"/> ASSISTENZA SUL POSTO DI LAVORO                | <input type="checkbox"/> ASSISTENZA SCOLASTICA O UNIVERSITARIA |
| <input type="checkbox"/> ATTIVITA' DI TEMPO LIBERO                     | <input type="checkbox"/> ATTIVITA' CULTURALI                   |
| <input type="checkbox"/> VIAGGI  | <input type="checkbox"/> ACCOMPAGNAMENTO FUORI CASA            |

Il/la sottoscritto/a informato/a ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti necessari per l'istruttoria della pratica sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione e che gli stessi saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D. Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di segreteria dell'Ente di Ambito Sociale Distrettuale 17:

- ❖ Si impegna a comunicare all'ECAD l'eventuale ricovero del diretto interessato
- ❖ Allega alla presente domanda:



- Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE);
  - Certificazione ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92
  - Certificazione di invalidità al 100% e indennità di accompagnamento;
  - Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del richiedente.
- ❖ Dichiaro, in caso di ammissione al finanziamento, di non cumulare il beneficio mensile concesso con altre forme di contribuzione economica regionale e nazionale concessa per la medesima tipologia e finalità per la non autosufficienza con la riserva di optare per un solo beneficio.

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76 D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs..

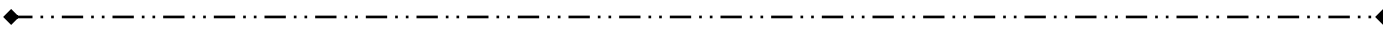
### M o d a l i t à d i p a g a m e n t o

**BANCA:** \_\_\_\_\_ **Agenzia:** \_\_\_\_\_

**Conto Corrente n°:** \_\_\_\_\_ **intestato a:** \_\_\_\_\_

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

**Conto Corrente Postale n°:** \_\_\_\_\_ **intestato a:** \_\_\_\_\_



### **C o n s e n s o a l t r a t t a m e n t o d e i d a t i p e r s o n a l i**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ ai  
sensi del D. Lgs. 20/06/2003 n. 196, autorizza il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione  
esclusivamente per l'assolvimento degli obblighi previsti e dai regolamenti comunali in materia.

Firma \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro, ai sensi dell'art. 76 DPR 445/200 in caso di dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.; informato, ai sensi dell'art. 13 D. Lgs 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, propedeutici per l'Istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del predetto D. Lgs. 196/2003, oltre che ad altri Enti Pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il sottoscritto può esercitare i diritti

di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Segreteria dell'Ente di Ambito Sociale Distrettuale e al Punto Unico di Accesso del Distretto Sanitario di Scafa.

Firma \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO:**

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli artt. 81 e 82 del D. Lgs. N. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili per le finalità di cui alla presente istanza.

Data / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Firma \_\_\_\_\_

ALLEGATO 2: SCHEMA DI ACCORDO DI FIDUCIA

**ECAD N° \_\_\_\_\_**

**SERVIZIO COMPETENTE:**

**ADS:**

**DSB di riferimento:**

**ACCORDO DI FIDUCIA PER LE RICHIESTA INTERVENTI PLNA AI SENSI DEL FNNA 2018 (D.G.R. N.....DEL...../...../2019).**

**ACCORDO DI FIDUCIA**

Vista la delibera della Giunta Regionale n.....del....."Fondo per la non autosufficienza anno 2018" tra le cui azioni progettuali sono previsti interventi di supporto economico mediante la corresponsione di e/o altre prestazioni per la non autosufficienza:

- a) Assegno per disabilità gravissima per le persone affette da SLA;
- b) Assegno per persone in condizione di disabilità gravissima/dipendenza vitale;
- c) Assegno di cura;
- d) Assegno per la vita autonoma;
- d) Altre prestazioni socio-assistenziali e socio-sanitarie ai sensi delle linee guida FNNA 2018 (approvate con DGR. N.....), specificare:.....

Considerato che il presente "Accordo di fiducia" è sottoscritto per la corresponsione dell'assegno di cui alla lettera ".....";

Rilevato che la valutazione rilasciata dall'UVM, competente per territorio, per la corresponsione dell'assegno di "*Disabilità gravissima per persone affetta da SLA*" a favore del beneficiario, risulta essere **favorevole** con un punteggio globale di compromissione funzionale di" \_\_\_\_\_"e, quindi, con un livello di intensità assistenziale ".....";

Rilevato che la valutazione rilasciata dall'UVM, competente per territorio, per la corresponsione dell'assegno di "*Disabilità gravissima/Dipendenza vitale*" a favore del beneficiario, risulta essere **favorevole** con un punteggio globale di compromissione funzionale di" \_\_\_\_\_"e, quindi, con un livello di intensità assistenziale ".....";

Rilevato che la valutazione rilasciata dall'UVM, competente per territorio, per la corresponsione di "Assegno di Cura" a favore del beneficiario, risulta essere **favorevole** con un punteggio globale di compromissione funzionale di "\_\_\_\_\_" e, quindi, con un livello di intensità assistenziale ".....";

Rilevato che la valutazione rilasciata dall'UVM, competente per territorio, per la corresponsione di "Assegno per la vita autonoma" a favore del beneficiario, risulta essere **favorevole** con un punteggio globale di compromissione funzionale di "\_\_\_\_\_" e, quindi, con un livello di intensità assistenziale ".....";

Rilevato che la valutazione rilasciata dall'UVM, competente per territorio, per l'attivazione del seguente servizio previsto ai sensi del FNNA 2018..... a favore del beneficiario, risulta essere **favorevole** con un punteggio globale di compromissione funzionale di "....." e, quindi, con un livello di intensità assistenziale ".....";

Vista la determina dell'Ufficio di Piano ECAD..... del..... con la quale si prende atto dell'elenco degli ammessi a beneficio;

Considerato che l'importo mensile stabilito nel rispetto delle linee guida FNNA 2018 per l'assegno oggetto del presente "Accordo di fiducia" ammonta ad €.....;

Ritenuto necessario stipulare, nel rispetto di quanto previsto nelle linee guida FNNA 2018, apposito "Accordo di fiducia" tra l'ECAD..... ed il beneficiario;

### Tutto ciò premesso

L'anno duemiladiciannove, il giorno ..... del mese di..... Presso.....

**tra**

l'ECAD..... (.....), codice fiscale /P.Iva....., rappresentata per le funzioni di cui al presente atto dal Responsabile dell'Ufficio di Piano ECAD....., nato a..... il..... e residente a....., in Via....., C.F..... o suo delegato (delega del \_\_\_\_\_);

**e il**

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ cell  
\_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ in qualità di:

- beneficiario
- familiare
- tutore
- amministratore di sostegno
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

del Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_ ammesso/a a contributo si stipula il seguente  
"Accordo di Fiducia":

### DURATA

Il presente "Accordo di fiducia" ha decorrenza dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

### OBBLIGHI DELL'ENTE D'AMBITO SOCIALE

1. L'ECAD ..... si impegna a versare al beneficiario la somma assegnata di  
€ \_\_\_\_\_ in relazione alle reali disponibilità finanziarie ed ai tempi amministrativi  
richiesti dalla stipula dell'Accordo di Fiducia dopo aver ricevuto la somma da parte della  
Regione Abruzzo e nei limiti della effettiva disponibilità di cassa.

Le somme saranno versate mediante accredito sul:

- conto corrente bancario con IBAN \_\_\_\_\_
- conto corrente postale con IBAN \_\_\_\_\_;

2. L'ECAD.....si impegna ad erogare n..... ore settimanali per un totale di n.....ore  
previste nel PAI approvato dall'UVM in data.....per prestazioni di assistenza  
domiciliare prevista al punto (indicare).....delle linee guida del FNNA 2018.

## OBBLIGHI DEL BENEFICIARIO

Il familiare caregiver o l'assistente familiare si impegna a garantire le prestazioni assistenziali domiciliari adeguate alle esigenze del malato e nel rispetto della dignità dello stesso e, nel caso ritenuto necessario, dietro indicazione del Case manager o Assistente Sociale referente.

**Si impegna a rispettare tutte le clausole attinenti la prestazione concessa secondo le indicazioni riportate nelle Linee guida FNNA emanate dalla Regione Abruzzo;**

## MODALITA' DI ASSISTENZA

Il sottoscrittore del presente accordo si impegna ad assistere il malato di SLA/Disabilità Gravissima/Dipendenza Vitale tramite (barrare l'opzione scelta):

un familiare caregiver individuato nella persona di \_\_\_\_\_ (se ricorre) con l'impegno, da parte dello stesso, di comunicare tempestivamente ogni variazione (decesso, aggravamento della stadiazione della malattia certificata dall'UVM, ricoveri, e qualsiasi altro avvenimento utile relativo al malato);

un assistente familiare individuato nella persona di \_\_\_\_\_ (se ricorre) con l'impegno, da parte del sottoscrittore, di comunicare tempestivamente ogni variazione (decesso, aggravamento della stadiazione della malattia certificata dall'UVM, ricoveri, e qualsiasi altro avvenimento utile relativo al malato) e di inoltrare all'EAS copia dei versamenti contributivi trimestrali entro 5 giorni dal versamento stesso.

## CONTROLLI

Sarà cura dell'Assistente Sociale o Case-manager territorialmente competente verificare bimestralmente il rispetto degli impegni assunti dal beneficiario e rimettere una relazione dettagliata all'ECAD sottoscritta per presa atto e accettazione dal beneficiario.

## DISPOSIZIONI FINALI

Per quanto non espressamente previsto dal presente "Accordo di fiducia" si rinvia a quanto stabilito dalla deliberazione di Giunta Regionale n.....del....., di cui il/la beneficiario/a dichiara di essere pienamente a conoscenza.

Il presente Accordo di fiducia, redatto in duplice originale, viene letto, confermato e sottoscritto dalle parti.

Per l'ECAD N°...

Il/La Beneficiario/a

\_\_\_\_\_

firma

\_\_\_\_\_

firma