



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

ALLEGATO "A"

AVVISO PUBBLICO
INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONI DI DISABILITA'
GRAVISSIMA

"F.N.A. (Fondo per le Non Autosufficienza) anno 2018 "

Erogazione contributo da destinare alla persona con disabilità gravissima che necessita di assistenza continuativa nelle 24 ore per servizi assistenziali e per l'attività di caregiver dei familiari.

PREMESSA

Vista la Legge n. 328/2000 " legge quadro per la realizzazione del Sistema integrato di interventi e Servizi Sociali";

Vista la Legge Regionale n. 23/2003 "realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali nella Regione Calabria(in attuazione alla L.N. 328/2000)" s.m.i.;

Vista la delibera di Giunta Regionale n. 377 dell' 11 agosto 2021 recante " DPCM del 12 dicembre 2018 – Riparto Fondo per la non autosufficienza per l'anno 2018 – Approvazione Riparto Somme F.N.A. 2018", nella quale sono stati approvati i criteri di riparto delle risorse economiche a carico della Regione Calabria in relazione all'assegnazione del F.N.A. annualità 2018, come indicato all'art.2, comma 2, nella quale, per la parte che riguarda le "disabilità gravissime" ha destinato il 50% dei fondi a favore delle Aziende Sanitarie Provinciali, per la realizzazione di interventi nel campo della disabilità gravissima di cui all'art.3 del D.M. 26.09.2016, 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;

Visto il D.M. del 26.settembre 2016 contenente le schede di valutazione delle Disabilità Gravissime;

Visto il Decreto del Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari Settore 12 n. 11365 dell'8 novembre 2021;

Visto il Decreto Dirigenziale del Dipartimento Lavoro e Welfare Settore 2 n. 13409 del 02/11/2022;

Visto la nota n.488227 del 07 novembre 2022;

Art. 1

Oggetto

L'ASP di Cosenza attiva, nei limiti delle risorse finanziarie provenienti dalla Regione, pari ad €. 2.822.568,39 (Euro duemilioniottocentotriduecinquecentosessantotto/39) giusto Decreto Dirigenziale n. 13409 dell' 02/11/2022, tramite la formazione di apposita graduatoria, interventi in favore di persone in condizioni di disabilità gravissima al fine di supportare il nucleo familiare dell'assistito nella condivisione del carico assistenziale attraverso il trasferimento monetario (**contributo di euro 600,00 mensili per un anno**) alle rispettive famiglie, condizionato all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliare o alla fornitura diretta degli stessi da parte dei familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato di assistenza.

L'intervento sarà monitorato sia dall'ASP che dai Comuni di residenza per verificare la reale efficacia e l'effettivo beneficio per la persona disabile e il nucleo familiare;

Art. 2

Soggetti destinatari

Gli utenti destinatari del contributo saranno i cittadini residenti nei comuni afferenti all'ASP di Cosenza in condizione di disabilità gravissima ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica, stato di Demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer in tale condizione e dipendenza vitale che necessita a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona per garantire l'integrità psico-fisica.



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Art. 3

Condizioni di disabilità gravissima

Decreto Ministeriale 26 settembre 2016, con riferimento in particolare all'art. 3 (disabilità gravissime) allegati 1 (scale di valutazione della condizione di disabilità gravissima) e 2 (altre persone in condizione di dipendenza vitale).

Possono presentare istanza di accesso ai contributi i cittadini residenti in uno dei comuni afferenti all'ASP di Cosenza beneficiari dell'indennità di accompagnamento in condizione di disabilità gravissima e/o comunque definite non autosufficienti gravissimi 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 (compilare tabella allegato 1 A);
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7) (compilare prospetto allegato 1 B);
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala *Clinical Dementia Rating Scale* (CDRS) ≥ 4 (compilare tabella allegato 1 C);
- 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 (compilare tabella allegato 1 D);
- 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) (compilare tabella allegato 1E per i pazienti con SLA ed altre patologie neurodegenerative);
 - con punteggio alla *Expanded Disability Status Scale* (EDSS) ≥ 9 (compilare tabella allegato 1F per i pazienti affetti da Sclerosi Multipla);
 - in stadio 5 di *Hoehn e Yahr* (compilare tabella allegato 1G per paziente affetto da morbo di Parkinson);
- 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 (compilare prospetto allegato 1 H);
- g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5 (compilare tabella 1 I);
- h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala *Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation* (LAPMER) ≤ 8 (compilare vedi tabella 1L);
- 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 (compilare allegato 2 per tutti i pazienti gravissimi non specificati nei punti precedenti).

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

Le suddette condizioni di gravissima non autosufficienza dei soggetti richiedenti destinatari del contributo saranno accertate e valutate a cura della Commissione UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale) nominata con Delibera Aziendale n. 1055 del 10.05.2023 con l'ausilio dei criteri di cui all'art. 3 del Decreto Ministeriale 26 settembre 2016 e delle seguenti note della Regionale Calabria Dipartimento n.7 Settore Politiche Sociali:

- Nota PROT. SIAR 234966/2017; Nota PROT. SIAR 256549/2017; Nota PROT. SIAR 17786/2018.



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

Art. 4

Presentazione delle istanze

Le domande per poter accedere al contributo dovranno essere presentate utilizzando l'apposito modello "ALLEGATO – AVVISO PUBBLICO" incluso al presente avviso, **ESCLUSIVAMENTE** tramite PEC all'indirizzo: protocollo@pec.asp.cosenza.it, indicando nell'oggetto: "AVVISO PUBBLICO DISABILITÀ GRAVISSIME – FNA ANNO 2018". **ATTENZIONE:** farà fede la data di ricevimento della PEC, pertanto, non saranno prese in considerazione le domande pervenute oltre il termine previsto dal presente avviso.

ALLA DOMANDA DOVRÀ ESSERE ALLEGATA, PENA ESCLUSIONE, LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- Certificazione sanitaria rilasciata da una struttura pubblica attestante la patologia determinante dipendenza vitale e il grado di non autosufficienza/gravità, secondo le schede di riferimento di cui all'art. 3 del Decreto Ministeriale 26 settembre 2016;
- Verbale di riconoscimento dell'invalidità civile al 100% e dell'indennità di accompagnamento, in corso di validità;
- Certificazione ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n. 104/1992, in corso di validità;
- Attestazione ISEE in corso di validità e di regolarità, con limite, per accesso al contributo, di € 60.000,00
- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo;
- Copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo;
- Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario;
- Copia dell'eventuale Decreto di nomina di tutela, curatela o di amministrazione di sostegno.

L'ISTANZA CON LA SUDETTA DOCUMENTAZIONE DOVRÀ PERVENIRE ENTRO E NON OLTRE LE ORE 12,00 DEL TRENTESIMO GIORNO SUCCESSIVO ALLA PUBBLICAZIONE DEL PRESENTE AVVISO ALL'ALBO PRETORIO AZIENDALE.

NON SARANNO PRESE IN CONSIDERAZIONI DOMANDE PRESENTATE CON MODALITÀ DIFFERENTI DA QUELLA SOPRA INDICATA.

NON SARANNO AMMESSE DOMANDE PERVENUTE AL DI FUORI DEI TERMINI TEMPORALI INDICATI.

L'EVENTUALE INTEGRAZIONE E INVIO SUCCESSIVO DI DOCUMENTI FUORI IL TERMINE PREVISTO È PRIVA DI EFFETTO.

Art. 5

Modalità di comunicazione ai beneficiari

Al termine della fase istruttoria di tutte le istanze pervenute, in capo alla Commissione UVM, verrà predisposta un'unica graduatoria degli ammessi/non ammessi, che sarà pubblicata sul sito internet www.asp.cosenza.it.

La suddetta pubblicazione ha valore di notificazione a tutti gli effetti.

Gli interessati prenderanno visione della propria posizione nella suddetta graduatoria in modalità anonima, attraverso il numero di protocollo dell'istanza presentata.

Il suddetto numero di protocollo verrà rilasciato in modalità telematica, pertanto sarà cura degli interessati controllare l'avvenuta ricezione.

Art. 6 Erogazione contributo

La validità economica è di 12 mesi a decorrere dalla data della presentazione dell'istanza. Al fine di ottenere l'erogazione del contributo sarà cura dell'interessato, rientrato nella graduatoria definitiva in posizione utile ad ottenere il contributo, comunicare con autocertificazione l'esistenza in vita del beneficiario, eventuali ricoveri e ogni altra variazione utile, alla UOC SERVIZI SOCIALI nei termini e con modalità che saranno indicati nella graduatoria definitiva.

Si specifica che in caso di economie finanziarie si procederà a far scorrere la graduatoria ammettendo gli idonei non finanziati fino a concorrenza delle somme assegnate.

COMUNE DI MORVANO (CS) - Prof. id. archive NS_0004639_de1_30_05_2023_Cat. n. 1



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

Art. 7

Cessazione degli Interventi socio-assistenziali

La cessazione del contributo si può verificare nei seguenti casi:

1. Decesso della persona in condizioni di disabilità gravissima;
2. Ricovero in struttura socio-sanitaria o socio-assistenziale dell'assistito;
3. Qualora vengono meno i requisiti di ammissione;
4. Trasferimento fuori regione.

Art. 8

Foro Competente

Per tutte le controversie che dovessero insorgere sarà competente il foro di Cosenza.

Art. 9

Privacy

Tutti i dati personali di cui questa ASP verrà in possesso verranno trattati nel rispetto della D.lgs n. 196/2003- Codice in materia di protezione dei dati personali", e s.m.i., esclusivamente per finalità attinenti alla procedura in essere.

Art. 10

Pubblicazione avviso

Il presente avviso verrà pubblicato sul sito aziendale dell'ASP e verrà trasmesso a tutti i Distretti Sanitari per l'affissione presso le sedi degli stessi e a tutti i Comuni capofila degli Ambiti Territoriali Sociali.

Il Commissario Straordinario
F.to Dott. Antonio Graziano

Distretto Sanitario di _____

Domanda di valutazione per l'attivazione del contributo destinato alle disabilità gravissime

(F.N.A. anno 2018. Supporto alla persona con disabilità gravissima mediante trasferimenti monetari alle famiglie finalizzati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari o alla fornitura diretta degli stessi servizi domiciliari da parte dei familiari -caregiver e vicinato sulla base di piani personalizzati di assistenza).

Destinatari : persone in condizioni di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere socio sanitario nelle 24 ore per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona per garantirne l'integrità psico-fisica.

Dati del soggetto dichiarante

Nome		Cognome	
Data di nascita		Comune di nascita	
Codice Fiscale			
Residenza		Via	
Titolo*		Telefono	

*Scegliere tra le seguenti opzioni : a) interessato b) familiare/genitore o chi esercita la responsabilità genitoriale
c) legale rappresentante

Dati dell'assistito (se diverso dal soggetto dichiarante)

Nome	
Cognome	
Codice Fiscale	
Residenza	

CHIEDE

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

Ai sensi del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità penale, per le false dichiarazioni, la falsità negli atti o l'uso di atti falsi,

DICHIARA

- che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- di essere a conoscenza che il diritto al contributo cessa con l'inserimento definitivo in struttura residenziale, con il trasferimento al di fuori del territorio regionale, con il decesso o con il venir meno di una delle condizioni di ammissibilità.
- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione all' U.O.C. Coordinamento Servizi Sociali in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 30 giorni per la sospensione temporanea del beneficio oppure in caso di decesso del beneficiario;
- di non usufruire di altri interventi e servizi socio assistenziali (servizi domiciliari, ecc.) erogati dai comuni, e che l'accettazione dell'assegno di cura è pertanto sostitutiva di ogni altra prestazione di carattere socio assistenziale.
- di acconsentire alle verifiche che l'ASP intende eventualmente programmare, presso il domicilio della persona riconosciuta portatrice di disabilità gravissima, con proprio personale qualificato.

ALLEGA

- Certificazione sanitaria rilasciata da una struttura sanitaria pubblica attestante la patologia determinante dipendenza vitale e il grado di non autosufficienza/gravità per come previsto dal D.M. 26 settembre 2016 ;
- Verbale di riconoscimento dell'invalidità civile al 100% e dell'indennità di accompagnamento, in corso di validità;
- Certificazione ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/1992, in corso di validità;
- Attestazione ISEE in corso di validità e di regolarità, con limite, per accesso al contributo, di 60.000,00 euro ;
- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo;
- Copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo;
- Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario;
- Copia di eventuale Decreto di nomina per Tutela, Curatela, Amministrazione di Sostegno;
- Altro (specificare) _____

CHIEDE

che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____ Tel. _____

E-mail _____

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

diretto al Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____

tramite accredito sul: Conto Corrente Bancario Conto Corrente Postale Postepay Evolution

intestato a : _____

N.B. NON SONO AMMESSI LIBRETTI POSTALI E/O BANCARI

(Codice IBAN 27 caratteri) _____

c/o Banca / Ufficio Postale _____

Sede/Agenzia _____

INFORMATIVA PRIVACY : Informato, 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; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D. Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento, per motivi legittimi, rivolgendosi al titolare e responsabile del trattamento dei dati presso il Distretto Sanitario competente.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 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 previste dagli "Interventi in favore di persone offette da disabilità gravissima" della Regione Calabria, ai sensi della DGR n. n. 364/2016.

Luogo e data

Firma del richiedente

COMUNE DI MORMANNO (CS) - Prol. in arrivo n. 0009639 del 30-05-2023 - Cat. C.1.4.4.6

CRITERI PER LA CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO "Disabilità Gravissima"

(Decreto Ministeriale 26 settembre 2016, con riferimento in particolare all'art. 3 (disabilità gravissima) - allegati 1 (scale di valutazione della condizione di disabilità gravissima) e 2 (altre persone in condizione di dipendenza vitale).

I destinatari sono:

Persone in condizione di disabilità gravissima, che ai fini del suddetto DM, 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 (compilare tabella allegato 1 A);

b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7) (compilare prospetto allegato 1 B);

c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 (compilare tabella allegato 1 C);

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 (compilare tabella allegato 1 D);

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) (compilare tabella allegato 1E per i pazienti con SLA ed altre patologie neurodegenerative);

- con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 (compilare tabella allegato 1F per i pazienti affetti da Sclerosi Multipla);

- in stadio 5 di Hoehn e Yahrmod (compilare tabella allegato 1G per paziente affetto da morbo di Parkinson).

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 (compilare prospetto allegato 1 H);

g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5 (compilare tabella 1 I)

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 (compilare vedi tabella 1L);

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 psichiche (compilare allegato 2 per tutti i pazienti gravissimi non specificati nei punti precedenti)

COMUNE DI MORMANNO - PIAZZA GARIBOLDI, 10 - 0004639 - TEL. 06/2302305 - FAX 06/2302306 - WWW.COMUNEMORMANNO.IT

Allegato 1 A

Scala per la valutazione della condizione di disabilità gravissima per le persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure Stato di Minima Coscienza (SMC).

Da compilare a cura dello Specialista della struttura sanitaria pubblica preposta

Si Certifica che il /la SIGNOR/A

Nome _____ Cognome _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

C.F. _____

Affetto/a

da

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

Riporta il seguente punteggio ai sensi della scala sottostante:

GLASCOW COMA SCALE

Criteria di applicazione tabella:

La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2014 è colei che riporta un punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) <=10 ex ART. 3 comma 2 Lett. A, Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.

Note:.....

Luogo e data _____ Firma e timbro del compilatore _____

COMUNE DI MORMANNINO (CS) - P.I.G.E. in art. 10, N° 0004639, del 30-05-2023 - Cat. I.C.

Allegato 1 B

Da compilare a cura dello Specialista della struttura sanitaria pubblica preposta

Si certifica che il /la SIGNOR/A

Nome _____ Cognome _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

C.F. _____

Affetto/a da _____

È da considerarsi persona dipendente da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7)

Note:

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

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____

COMUNE DI MORMANNO (CS) Prot. in arrivo N° 0004639 del 30-05-2023 Cat. J. Cl. 6

Allegato 1 C

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

Da compilare a cura del Medico di Medicina Generale e/o dello Specialista della struttura sanitaria pubblica preposta

Si certifica che il/la SIGNOR/A

Nome _____ Cognome _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

C.F. _____

Affetto/a da _____

Riporta il seguente punteggio ai sensi della scala sottostante:

La Clinical Dementia Rating Scale (CDR) estesa

	NORMALE CDR 0	DEMENTA DUBBIA CDR 0.5	DEMENTA LIEVE CDR 1	DEMENTA MODERATA CDR 2	DEMENTA 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 soluzioni problemi	Risolve bene i problemi giornalieri; giudizio adeguato rispetto al passato	Dubbia compromissione nella soluzione di problemi; analogie differenze	Difficoltà moderata; esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale adeguato	Difficoltà severa esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale compromesso	Incapace di dare giudizi o di risolvere problemi
Attività sociali	Attività indipendente e livelli usuali 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

COMUNE DI LIMOSANO (CS) - PROT. N. 639 del 12/05/2023 - Cat. C/1

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.

ClinicalDementia 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.

Criteri di applicazione tabella:

La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2014 è colei che riporta un punteggio sulla scala ClinicalDementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 ex ART. 3 comma 2 Lett. C, Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.

Note:

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____

COMUNE DI MORVANO (CS) - P.I. n. 0004639 del 30-05-2023 - Cat. 6

Allegato 1 D

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

Da compilare a cura dello Specialista della struttura sanitaria pubblica preposta

Si certifica che il /la SIGNOR/A

Nome _____ Cognome _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

C.F. _____

Affetto/a da _____

Ha il seguente livello di lesione, per come identificato nella scala sottostante:.....

ASIA Impairment Scale (AIS)

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

Criteria di applicazione tabella:

La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2014 è colei che riporta un punteggio nella scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B ex ART. 3 comma 2 Lett. D), Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.

Note:

.....

Luogo e data _____ Firma e timbro del compilatore _____

COMUNE DI MORMANNO (CS) PROT. IN ARRIVO N° 0004639 del 30-05-2023 Cat. I.C.I. 6

Allegato 1 E

Scala per la valutazione della condizione di disabilità gravissima per le persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica con particolare riferimento alla SLA
Da compilare a cura dello Specialista della struttura sanitaria pubblica preposta
Si certifica che il /la SIGNOR/A

Nome _____ Cognome _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

C.F. _____

Affetto/a da _____

Riporta il seguente punteggio ai sensi della scala sottostante:

A) Bilancio muscolare complessivo alla scala MedicalResearchCouncil (MRC)

• Forza muscolare

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

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

Criteria di applicazione tabella:

La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2014 è colei che ha gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4arti alla scala MedicalResearchCouncil (MRC)ex ART. 3 comma 2 Lett. E, Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.

Note.....

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____

COMUNE DI MORVIANO (CS) - PROV. VERONA - VIA S. PIETRO 10 - TEL. 0463/30000 - FAX 0463/30001 - E-MAIL: MORVIANO@COMUNE.MORVIANO.VR.IT

Allegato 1 F

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

Da compilare a cura dello Specialista della struttura sanitaria pubblica preposta .

Si certifica che il/la SIGNOR/A

Nome _____ Cognome _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

C.F. _____

Affetto/a da _____

Riporta il seguente punteggio ai sensi della scala sottostante:

B) Expanded Disability Status Scale (EDSS)

Punteggio EDSS	Caratteristiche cliniche
1-3,5	Paziente deambulante, ma sono presenti deficit neurologici evidenti in diversi sistemi funzionali (motorio, sensitivo, 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.

COMUNE DI MOBIMANNO (CS) - P.zza Libertà 1 - 0404639 - Tel. 0430-052023 - Fax 0430-052023

7	Paziente non in grado di camminare per più di 5 metri, anche con aiuto, e necessita di sedia a rotelle, riuscendo però a spostarsi dalla sedia da solo.
7,5	Paziente che può muovere solo qualche passo. È obbligato all'uso della carrozzella, e può aver bisogno di aiuto per trasferirsi dalla sedia.
8	Paziente che è obbligato a letto non per tutta la giornata o sulla carrozzella. In genere, usa bene una o entrambe le braccia.
8,5	Paziente essenzialmente obbligato a letto. Mantiene alcune funzioni di autoassistenza, con l'uso abbastanza buono di una o entrambe le braccia.
9	Paziente obbligato a letto e dipendente. Può solo comunicare e viene alimentato.
9,5	Paziente obbligato a letto, totalmente dipendente.
10	Morte dovuta alla malattia.

Criteria di applicazione tabella:

- *La scala EDSS (Expanded Disability Status Scale) trova ampio uso come strumento per misurare e valutare le caratteristiche cliniche dei pazienti affetti da sclerosi multipla.*
- *La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2014 è colei che ha gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 ex ART. 3 comma 2 Lett. E, Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.*

Note.....

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____

COMUNE DI MORMANNICO, C.S. Registrazione del 30-05-2023, Cat. C.1.3.6

Allegato 1 G

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

Da compilare a cura dello Specialista della struttura sanitaria pubblica preposta

Si certifica che il/la SIGNOR/A

Nome _____ Cognome _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

C.F. _____

Affetto/a da _____

Riporta il seguente punteggio ai sensi della scala sottostante **C) Scala di Hoehn e Yahr**

- Stadio 1: Malattia unilaterale.
- Stadio 2: Malattia bilaterale senza coinvolgimento dell'equilibrio.
- Stadio 3: Malattia da lieve a moderata, qualche instabilità posturale indipendente.
- Stadio 4: Malattia conclamata, ancora in grado di deambulare autonomamente.
- Stadio 5: Paziente costretto a letto o in sedia a rotelle.

Criteria di applicazione tabella:

- *La scala di Hoehn e Yahr è utile per definire lo stadio clinico del paziente affetto da morbo di Parkinson.*
- *La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2014 è colei che ha gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod. ex ART. 3 comma 2 Lett. E, Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016*

Note:

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

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____

COMUNE DI MORBANO (CS) - R. 0004639 del 30-05-2023 - Cat. 1.01

Allegato 1 I

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

Da compilare a cura dello Specialista della struttura sanitaria pubblica preposta

Si certifica che il /la SIGNOR/A

Nome _____ Cognome _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

C.F. _____

Affetto/a da _____

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

Livelli di gravità DSM - 5

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

COMUNE DI MORMANO (CS) - Protocolloativo N° 0004639 del 30-05-2023 - Cat. C1.6

	<p>notati. Il soggetto ha difficoltà a iniziare le interazioni sociali e mostra chiari esempi di atipicità o insuccesso nella risposta alle iniziative altrui. Può sembrare che abbia un ridotto interesse nell'interazione sociale</p>	<p>Resiste ai tentativi da parte degli altri di interromperli.</p>
--	---	--

Criteri di applicazione tabella:

La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2014 è colei che ha una disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM – 5 ex ART. 3 comma 2 Lett. G), Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.

Note:

.....

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____

COMUNE DI MORVIANICO - C.S. ESTERRE DI MORVIANICO - N. 0004639 del 10-05-2023 - Cat. 6

Allegato 1 L

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

Da compilare a cura dello Specialista della struttura sanitaria pubblica preposta

Si certifica che il /la SIGNOR/A

Nome _____ Cognome _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

C.F. _____

Affetto/a da _____

Riporta il seguente punteggio ai sensi della scala sottostante:

LAPMER-Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation

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

COMUNE DI MODENA - PIAZZA S. PIETRO - 41012 - TEL. 0521/20231 - FAX 0521/20232 - WWW.COMUNE.MO.IT

Criteri di applicazione tabella:

La persona con disabilità gravissima beneficiaria del Fna 2014 è colei che riporta un punteggio sulla scala LAPMER-Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation ≤ 8 ex ART. 3 comma 2 Lett. H, Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016.

Note:

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

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____

COMUNE DI MORIMANNO (CS) - Prot. n. 4639 del 30-05-2023 - Cat. I - C.I. 6

Allegato 2

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

Da compilare a curadello Specialista della struttura sanitaria pubblica preposta

Si certifica che il /la SIGNOR/A

Nome _____ Cognome _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

C.F. _____

Affetto/a da _____

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

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

1. **MOTRICITÀ** (Dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana)
(Scala ADL- Indice di dipendenza nelle attività della vita quotidiana)
 Le attività della vita quotidiana sono svolte completamente da un'altra persona

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

ed UNO dei seguenti altri domini(barrare la casella corrispondente):

3. RESPIRAZIONE

- Necessità di aspirazione quotidiana
 Presenza di Tracheostomia

4. NUTRIZIONE

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

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

Note.....

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____

contributo economico mensile attribuito: _____

Il Responsabile _____

Firma dell'utente per accettazione _____

Luogo e Data _____

COMUNE DI MORVANO (CS) - Protocollo N° 0004639 del 30.05.2023 - Cat. I. C.I. 1.6