



**Unione di Comuni**  
**Città - Territorio Val Vibrata**  
64015 Nereto (TE)  
Sede Amministrativa in Via T. Tasso snc  
Sant'Omero (TE)  
P.I.: 01438600676 – Tel/fax: 0861 851825

## Avviso

**Interventi rivolti alle persone in condizione di disabilità gravissima (ex art. 3 del Decreto Interministeriale del 26/09/2016).**

Si rende noto che la Regione Abruzzo, con Deliberazione n. 534 del 11 Settembre 2019, ha approvato le *Linee Guida per la programmazione degli interventi per la Non Autosufficienza – annualità 2018*, che rappresentano lo strumento di programmazione e gestione per la definizione delle tipologie, delle modalità e dei termini di erogazione di tutti gli interventi che concorrono al benessere e alla salute delle persone non autosufficienti sul territorio regionale, a valere sul Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza.

Oltre ai servizi tradizionalmente previsti (Assistenza Domiciliare, ADI, Centro Diurno, Trasporto ecc.), le Linee Guida contemplano anche particolari interventi per le persone affette da S.L.A. e 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, così come individuate dall'art. 3 del Decreto Interministeriale del 26 Settembre 2016.

Nello specifico, in ordine a tali interventi, è prevista l'erogazione di un beneficio economico in favore del nucleo familiare, finalizzato a integrare le risorse economiche necessarie ad assicurare la continuità dell'assistenza alla persona e a garantire alla stessa la permanenza nel proprio contesto abitativo, sociale e affettivo, evitando così il ricovero improprio in strutture ospedaliere e/o residenziali. L'erogazione dell'assegno è, quindi, subordinata alla disponibilità del nucleo familiare ad assicurare la permanenza della persona in condizione di dipendenza vitale nel proprio domicilio. Tale disponibilità si realizza attraverso l'assistenza diretta da parte del nucleo familiare stesso, ovvero mediante il ricorso alla prestazione lavorativa di assistenti familiari.

La disponibilità all'assistenza diretta e, qualora ne ricorra il caso, l'individuazione dell'assistente familiare, deve essere formalizzata attraverso apposito "Accordo di Fiducia", sottoscritto con il Servizio Sociale competente prima dell'avvio dell'effettiva erogazione, ed inserito nel Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI). L'erogazione del contributo fa riferimento alle attività di cura e di assistenza prestate nel periodo successivo alla sottoscrizione dell'Accordo. La mancanza di sottoscrizione del suddetto Accordo è causa di decadenza dal contributo.

Le persone interessate possono acquisire tutte le informazioni necessarie, segnalare il proprio stato di bisogno e/o presentare richiesta di contributo presso l'ufficio dell'Assistente Sociale e/o lo sportello di Segretariato Sociale, presenti nel proprio Comune di residenza, **entro e non oltre il giorno 27 Dicembre 2019**. La domanda deve essere redatta su apposito modulo, predisposto dalla Regione, allegato al presente Avviso, e corredata dalla documentazione ivi richiesta:

- 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.

L'ammissione degli utenti agli interventi è subordinata alla certificazione della condizione di disabilità gravissima effettuata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale competente; per i casi di disabilità gravissima e affetti da S.L.A. già valutati dalle U.V.M. 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



**Unione di Comuni**  
**Città - Territorio Val Vibrata**  
64015 Nereto (TE)  
Sede Amministrativa in Via T. Tasso snc  
Sant'Omero (TE)  
P.I.: 01438600676 – Tel/fax: 0861 851825

necessaria una ulteriore valutazione da parte dell'U.V.M., salvo i casi in cui tale valutazione venga richiesta direttamente dall'utente.

L'Unione di Comuni Val Vibrata, in qualità di Ente Capofila di Ambito Sociale, erogherà un contributo economico che sarà definito in relazione al numero delle domande pervenute e fino alla disponibilità delle risorse finanziarie.

Gli interventi saranno erogati in conformità a quanto previsto nelle Linee Guida per la programmazione degli interventi per la Non Autosufficienza – Annualità 2018 (DGR n. 534 del 11 Settembre 2019), e nei limiti delle disponibilità finanziarie sussistenti negli appositi stanziamenti di bilancio.

La modulistica per predisporre la richiesta è disponibile presso l'Ufficio di Segretariato Sociale del Comune di residenza.

S.Omero, 26.11.2019

  
Il responsabile del Servizio  
Dott. Domenico Di Emilio

**ALLEGATO 1: MODELLO DI DOMANDA**

Ambito Distrettuale Sociale n. 21 Val Vibrata

Ente Capofila di Ambito Distrettuale: Unione di Comuni "Città Territorio Val Vibrata"

Distretto Sanitario di Base: Asl Teramo - Sede Nereto

Servizio competente: Unità di Valutazione Multidimensionale

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

**ALL'ENTE CAPOFILA DI AMBITO DISTRETTUALE**

**N° 21**

**UFFICIO DI PIANO**

**via: T. Tasso, n° snc**

**Cap 64027 Comune Sant'Omero**

**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 richieste):**

- 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 TELESOCCORSO - 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 sola 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 TAL FINE DICHIARA:**

---

LINEE GUIDA PER LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

**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:			

**Assistenza svolta dai familiari e/o altra figura (assistente/care giver)**

LINEE GUIDA PER LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**AREE DEI BISOGNI**

**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:

- ❖ 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..

### Modalità di pagamento

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

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

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

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

### Consenso al trattamento dei dati personali

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.

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 \_\_\_\_\_





Azienda Sanitaria Locale n. 4 – Teramo  
Distretto Sanitario Val Vibrata - Nereto

Unione di Comuni Città Territorio  
Val Vibrata Sant'Omero

## MODELLO DI CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA DOMANDA REDATTA DAL DISABILE

Si Certifica che il/la Sig./ra

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

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

È affetto da una delle seguenti condizioni:

- a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza;
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa;
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza;
- d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura;
- e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare;
- 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;
- i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL SANITARIO

\_\_\_\_\_

