

COMUNE DI CAPISTRELLO (AQ)

Anno	Titolo	Classe	ARRIVO
2022	II	01	
Prot.n.	235	Del	12/01/2022



COMUNITA' MONTANA "MONTAGNA MARSICANA"

Via Monte Velino, 61 - 67051 AVEZZANO (AQ) - Tel. 0863/22143 - Fax 0863/070567-CF e P.I.01842400663

Servizio Sociale

Prot. n. 4050/RIS

Avezzano 23/12/2021

OGGETTO: ADS n. 2 Marsica -Piano Locale per la non autosufficienza (FNNA) anno 2020- Assegno per persone con Disabilità Gravissima.

Ai Sindaci dei Comuni

- LORO SEDI

Per l'attuazione del PLNA 2020 la C.M. Montagna Marsicana, in qualità di gestore dei servizi sociale del ADS n. 2 Marsica , comunica che si può presentare istanza presso questa Comunità Montana per l'ammissione al contributo di cui all'oggetto entro il termine ordinatorio del **23 Gennaio 2022**, corredata dalla seguente documentazione:

- Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE socio-sanitario ai sensi dell'art.6 DPCM 153/2013) in corso di validità;
- Certificazione ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3;
- Certificazione di invalidità al 100% e indennità di accompagnamento;
- Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del richiedente.

L'assegno di disabilità gravissima è subordinato alla disponibilità del nucleo familiare ad assicurare la permanenza della persona in condizione di dipendenza vitale nel proprio contesto abitativo. I moduli per la presentazione della domanda sono disponibili presso la COMUNITA' MONTANA "MONTAGNA MARSICANA DI AVEZZANO - Via Monte Velino 61 e presso i propri COMUNI di Residenza.

Si allega modulo Domanda PLNA 2020 ed AVVISO da pubblicare presso il vs. Albo Pretorio ed on line.

Per ulteriori informazioni contattare l'ufficio sociale dell'Ente.

Certo della vostra disponibilità e collaborazione si inviano cordiali saluti.

La Responsabile del Servizio
Sabrina Frezza





COMUNITA' MONTANA "MONTAGNA MARSICANA"
ADS n. 2 Marsica

FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA
ANNUALITA' 2020
AVVISO PUBBLICO

Approvato con Determinazione del Responsabile del Servizio Sociale n. 106 del 17/12/2021

- Assegno in favore di persone in condizione di disabilità gravissima di cui all'art. 3 D.M. 26/09/2016, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da S.L.A. e delle persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal Morbo di Alzheimer
- Assegno Di Cura a favore di persone non autosufficienti senza limite di età in possesso di certificazione di invalidità pari al 100% con indennità di accompagnamento

Premesso che:

1. con D.P.C.M. del 21.11.2019, registrato alla Corte dei Conti con il n. 25 il 14.01.2020:
 - Sono state ripartite le somme spettanti alle Regioni riguardo il Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza – annualità 2019 - 2020 - 2021,
 - È stato approvato il "Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2019/2021,
 - Il medesimo D.P.C.M. del 27/11/2017, all'art. 2 dispone che le Regioni siano impegnate ad utilizzare le risorse assegnate, prioritariamente e comunque in maniera esclusiva per una quota non inferiore al 50%, per interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima di cui all'art. 3 del decreto Ministeriale del 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;
2. con DGR n. 707 del 17.11.2020 la Giunta Regionale ha approvato l'atto di indirizzo applicativo per lo sviluppo locale degli interventi rivolti alla non autosufficienza per il triennio 2019/2021;

- 3 - sia la programmazione nazionale che quella regionale riguardano il triennio 2019/2021 che conferma il FNNA come fondo ormai strutturato e la conseguente certezza del finanziamento;
4. si è ritenuto di predisporre e pubblicare un avviso valevole per l'annualità 2020.

Premesso inoltre che:

- 1 - La Conferenza dei Sindaci del 10/07/2018 ha approvato i criteri di valutazione socio - economici per la predisposizione della graduatoria degli aventi diritto utile alla graduazione dell'entità dell'assegno;
- 2 - Con Determinazione n. DPG023/114 del 16.09.2021 la Regione Abruzzo - Dipartimento: Lavoro e Sociale Servizio Tutela Sociale e Famiglia - Ufficio Tutela Sociale, ha provveduto all'impegno, liquidazione e pagamento ai 24 ECD del FNNA annualità 2020,

Interventi

Il presente Avviso è rivolto alle persone residenti nei Comuni dell'Ambito Distrettuale n.2 Marsica:

- La programmazione del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza, (indicato in seguito con la sigla FNNA) prevede la realizzazione di diversi interventi tra cui:
- Assegno in favore di persone in condizione di disabilità gravissima, di cui all'art. 3 del D.M. del 26/09/2016, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da S.L.A. e delle persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal Morbo di Alzheimer,
- Assegno di cui a favore di persone non autosufficienti senza limite di età in possesso di certificazione di invalidità pari al 100% con indennità di accompagnamento.

Assegno in favore di persone in condizione di disabilità gravissima:

2.1 - L' intervento si concretizza mediante l'erogazione di un Assegno, fino alla concorrenza del budget disponibile e graduato in base a quanto specificato nel successivo punto 6, in favore di persone in condizione di disabilità gravissima, di cui all'art. 3 D.M. 26/09/2016, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da S.L.A. e delle persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal Morbo di

Alzheimer, che dovrà essere certificata dall'Unità Multidimensionale (U.V.M.) di competenza.

2.2 – L'intervento è subordinato alla disponibilità del nucleo familiare ad assicurare la permanenza della persona in condizione di disabilità gravissima nel proprio domicilio evitando ricoveri impropri.

2.3 – Per l'annualità 2020 del FNNA possono presentare domanda gli utenti con disabilità gravissima in possesso dei requisiti richiesti.

2.4 – L'art.3, comma 2 del D.M. . 26/09/2016 recita:

Versano in condizione di disabilità gravissima 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:

- 1 – 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
- 2 – persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- 3 – persone con grave o gravissimo stato di demenza con punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4
- 4 – 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 laterali devono essere valutate con lesione di grado A o B;
- 5 – persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo > 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) > 9 , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;
- 6 – 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;

- 7 – persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- 8 – persone con diagnosi di Ritardo mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con $QI \geq 34$ e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≥ 8 ;
- 9 - 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.

L'Assegno in favore di persone in condizione di disabilità gravissima, di cui all'art. 3 D.M. 26/09/2016, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette dal S.L.A. e delle persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal Morbo di Alzheimer è **incompatibile con :**

- 1 – l'Assegno di cura
- 3 – l'erogazione del contributo previsto dalla L.R. n. 57/2012
- 4 – 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).

Assegno di cura a favore di persone non autosufficienti

3.1 - L'intervento, riservato a persone non autosufficienti senza limite di età in possesso di certificazione di invalidità pari al 100% con indennità di accompagnamento, si concretizza con l'erogazione di un Assegno di Cura.

3.2 – L'intervento è subordinato alla disponibilità del nucleo familiare ad assicurare la permanenza della persona in condizione di non autosufficienza nel proprio domicilio.

3.3 – Le richieste, a seguito di valutazione positiva dell'UVM, saranno ammesse al contributo, il cui importo verrà determinato, nei limiti del budget disponibile, in base a quanto specificato nel punto 6 del presente Avviso.

3.4 – L'Assegno di cura è incompatibile con:

- 1 – L'Assegno di disabilità gravissima e S.L.A.
- 2 – l'erogazione del contributo previsto dalla L.R. 57/2012
- 3 – 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).

3.5 – Per l'annualità 2020 del FNNA possono presentare domanda gli utenti con disabilità gravissima in possesso dei requisiti richiesti

1 – Modalità presentazione delle domande

- Le richieste vanno presentate mediante apposito modello di domanda, approvata con determina n. 106 del 17.12.2021 e disponibile presso la Comunità Montana Montagna Marsicana ed i Segretariati Sociali dei Comuni dell'Ambito

4.2 – Le istanze devono pervenire al protocollo generale della Comunità Montana o presso l'Ufficio protocollo dei Comuni ricadenti nell'ECAD n. 2 Marsica entro il **23 GENNAIO 2022**

Tramite:

- Invio PEC all'indirizzo montagnamarsicana@pec.it
- Consegna a mano presso l'Ufficio protocollo della Comunità Montana – Ufficio Servizio Sociale dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 12,30.

LA RESPONSABILE SERVIZIO SOCIALE

Sabrina Frezza



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 NONAUTOSUFFICIENTI GRAVI (per gli assegni è possibile barrare un'asola opzione):

- ☐ 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 TELESOCOCCORSO - TELEASSISTENZA
- ☐ A.5 TRASPORTO
- ☐ A.6 INSERIMENTO PRESSO CENTRO DIURNO
- ☐ A.7 PRESTAZIONI DI CARATTERE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE DI SOSTEGNO AL CARE-GIVER
- ☐ A.8 ASSEGNO DI CURA

- B** ☐ **INTERVENTI ECONOMICI AI SENSI ART. 3 DECRETO MINISTERO D.L. E P.S.**
(per gli assegni è possibile barrare una sola opzione):
- ☐ **B.1 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 DISABILITÀ GRAVISSIMA INCLUSE LE PERSONE IN STATO DI DEMENZA MOLTO GRAVE, TRA CUI QUELLE AFFETTE DAL MORBO DI ALZHEIMER IN TALE CONDIZIONE E RITARDI MENTALI GRAVI E PROFONDI**
 - ☐ **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**

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: _____

A t t u a l m e n t e u s u f r u i s c e d e i s e g u e n t i s e r v i z i :

Tipologia Servizi	Erogatore	h. settimanali	contributo (mensile)
☐ Servizio assistenza Domiciliare - SAD			
☐ Assistenza Infermieristica Domiciliare			
☐ Assistenza Programmata Domiciliare (ADP - Medico Curante)			
☐ Servizio di Aiuto alla Persona			
☐ P.L.N.A. (specificare):			
☐ Assegno di Cura e Assistenza			
☐ Trasporto			
☐ Buoni Servizio			
☐ Disponibilità di obiettori di Coscienza/Volontariato			
☐ Centro Diurno / Laboratorio			
☐ Inserimento Lavorativo / Formativo			
☐ Servizio Socio Assistenziale Scolastico e/o Socio Educativo Scolastico e/o Extra Scolastico			
☐ Contributo SLA / Dipendenza Vitale			
☐ Contributo per la Vita Indipendente (L.R. 57/2012)			
☐ prestazione servizio ai sensi dell'Home Care Premium (HCP)			
☐ beneficio economico ai sensi dell'Home Care Premium (HCP)			
☐ Contributo per il care-giver per l'assistenza familiare di minori affetti da malattie rare in età pediatrica			
☐ Altro:			

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

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

AREA AUTONOMIA PERSONALE

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

AREA AUTONOMIA DOMESTICA

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ PULIRE LA CASA | ☐ PREPARARE I PASTI | ☐ FARE LA SPESA |
| ☐ GESTIRE LA PRESENZA DI OSPITI | ☐ ALTRO: _____ | |

AREA AUTONOMIA SOCIO-LAVORATIVA

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

Il/la sottoscritto/a informato/a ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016 relativo al trattamento ed alla protezione dei dati personali, 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 utilizzate e comunicate anche all'ASL e alla Regione Abruzzo, per lo svolgimento delle fasi endoprocedimentali rientranti nella competenza degli stessi Enti. I suddetti dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui al succitato Regolamento U.E. GDPR n° 679/2016 (Capo III). Il diritto di accesso dell'interessato alle informazioni sul trattamento dei dati personali che lo riguardano e altri diritti dell'interessato sono disciplinati dall'art. 15 all'art. 21 del Regolamento UE n° 679/2016. L'interessato può proporre una segnalazione o un reclamo, in materia del trattamento dei dati personali, all'autorità di controllo Garante Privacy.

- ❖ Si impegna a comunicare all'ECAD l'eventuale ricovero del diretto interessato o eventuali variazioni della propria vita quotidiana e familiare rispetto alle condizioni presenti al momento della richiesta.
- ❖ Si impegna a dare comunicazione dell'eventuale beneficio della presente richiesta presso i canali comunicativi telematici in caso di percepimento di ulteriori benefici economici per le medesime finalità assistenziali (es. Home Care Premium, casellario dell'assistenza – SIUSS e SINA- ecc).
- ❖ Allega alla presente domanda:
 - ☐ Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE socio-sanitario ai sensi dell'art. 6 DPCM 153/2013) in corso di validità;
 - ☐ 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 le medesime 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 Reg. UE 679/2016, 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 utilizzati al fine di procedere alla definizione dei procedimenti amministrativi in corso e dei controlli previsti dalla legge. Si rende noto che le informazioni fornite dovranno essere utilizzate e comunicate anche all'ASL e alla Regione Abruzzo, per lo svolgimento delle fasi endoprocedimentali rientranti nella competenza degli stessi Enti. I suddetti dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui al succitato Regolamento U.E. GDPR n° 679/2016 (Capo III). Il diritto di accesso dell'interessato alle informazioni sul trattamento dei dati personali che lo riguardano e altri diritti dell'interessato sono disciplinati dall'art. 15 all'art. 21 del Regolamento UE n° 679/2016. L'interessato può proporre una segnalazione o un reclamo, in materia del trattamento dei dati personali, all'autorità di controllo Garante Privacy.

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 _____