



COMUNE DI Civitella Alfedena L'Aquila

AVVISO

(ECAD -Ambito Sociale Distrettuale n. 6 Sangrino – Ufficio di Piano)

Presentazione dei progetti “Per la vita indipendente” – Annualità 2023

L'Ambito Sociale Distrettuale n. 6 Sangrino – ECAD Castel di Sangro comunica che, **fino al 31 gennaio 2023** è aperta la possibilità, per gli aventi diritto, di presentare le domande per il progetto **“Vita indipendente”** anno 2023, che prevede un finanziamento ai progetti finalizzati per garantire il diritto ad una vita indipendente alle **persone di età superiore ai 18 anni**, con disabilità in situazione di gravità, come individuate ai sensi dell'art. 2 della Legge Regionale n- 57/2012 (interventi regionali per la vita indipendente), al fine di favorire l'autodeterminazione e il controllo del proprio quotidiano e del proprio futuro, **attraverso l'assunzione di uno o più assistenti personali.**

Ogni informazione può essere assunta presso ECAD- Comune di Castel di Sangro
(tel. **0864824223**/email: **ecad6sangrino@comune.casteldisangro.aq.it**)

Civitella Alfedena, 27 gennaio 2023



E.C.A.D. N. 6 "SANGRINO"
ENTE CAPOFILA DI AMBITO DISTRETTUALE
Presso COMUNE DI CASTEL DI SANGRO (AQ)
C.so Vittorio Emanuele, 10 - 67031 CASTEL DI SANGRO (AQ)



FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA ANNUALITÀ FONDI 2020

**AVVISO ASSEGNO DI CURA A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI
DISABILITÀ GRAVE**

**AVVISO ASSEGNO DISABILITÀ GRAVISSIMA IN FAVORE DI PERSONE IN
CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA**

(Approvato con Determinazione n. 66 del 03/02/2023)

Premesso che:

- 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 ed assegnate le somme alle Regioni riguardo il Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza – annualità 2019-2020-2021;
- con il medesimo D.P.C.M. del 21/11/2019, all'art. 2 viene disposto 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;
- con Deliberazione di Giunta Regionale n. 707 del 17 Novembre 2020, la Regione Abruzzo ha approvato il Piano Regionale per la non autosufficienza 2019-2021 e le Linee-Guida per la programmazione degli interventi per la non autosufficienza relative alle annualità 2019-2021, destinando le risorse provenienti dal Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza agli Ambiti Distrettuali Sociali;
- con Determinazione Dirigenziale n. DPG023/114 del 16/09/2021, la Regione Abruzzo ha provveduto ad assegnare all' ECAD Sangrino, per il F.N.N.A. anno 2020, la somma complessiva di € 459.804,00. Gli ADS sono tenuti a destinare almeno il 50% delle risorse attribuite agli interventi a favore delle persone con disabilità gravissima e quelli a favore delle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica;

Atteso che: l'ECAD n. 6 "Sangrino", ha stabilito di riservare una quota del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza ai seguenti interventi, come da Piano Regionale 2019- 2021:

A - interventi assistenziali diretti ed indiretti per la non autosufficienza grave : Assegno di cura

B - interventi assistenziali per la disabilità gravissima:

- Assegno disabilità' gravissima per le persone affette da S. L. A
 - Assegno disabilità' gravissima incluse le persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer in tale condizione.
-

ART. 1 REQUISITI DI ACCESSO

A - interventi per la non autosufficienza grave:

-ASSEGNO DI CURA consiste in un’assegnazione economica per il sostegno alla domiciliarità e per l’aiuto personale.

I destinatari degli interventi sono le persone con disabilità grave certificata ai sensi dell’art. 3, co 3 L. 104/92 con la presenza di oggettive condizioni di non autosufficienza dovuta a deficit di carattere bio-clinico, socio-familiare che comportano una significativa riduzione delle capacità funzionali di autonomia personale sia ambito familiare che sociale;

- Le persone che presentano domanda devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

- 1) essere residenti in uno dei comuni afferenti all’Ambito Sociale Distrettuale n. 6 Sangrino;
- 2) non essere ricoverate in strutture residenziali;

L’accesso alle assegnazioni economiche è regolato dalla valutazione del grado di intensità, del grado del bisogno socio-sanitario della persona non autosufficiente da parte dell’U.V.M. e – in caso di parità del bisogno rilevato - dal possesso del reddito più basso, definito attraverso l’ISEE socio-sanitario (art. 6 DPCM 159/2013).

- Incompatibilità

E’ possibile richiedere e ottenere nello stesso periodo temporale di riferimento del progetto assistenziale uno solo dei benefici economici indicati nel presente atto. L’Assegno di Cura è incompatibile con altri benefici previsti per le medesime finalità assistenziali che fanno riferimento al medesimo periodo effettivo di erogazione del beneficio, quali:

1. l’assegno disabilità gravissima per le persone affette da SLA;
2. l’assegno disabilità gravissima incluse persone con stato di demenza molto grave e Alzheimer ritardo mentale profondo;
3. il contributo per la Vita Indipendente ai sensi della L.R. 23.11.2012, n. 57;
4. altre prestazioni economiche nazionali e regionali aventi le medesime finalità assistenziali (es. la prestazione prevalente erogata nell’ambito del progetto Home Care Premium 2022).

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”.

B - interventi per la disabilità gravissima:

-ASSEGNO DISABILITA’ GRAVISSIMA PER LE PERSONE AFFETTE DA S. L. A (Sclerosi Laterale Amiotrofica)

-ASSEGNO DISABILITA’ GRAVISSIMA INCLUSE LE PERSONE CON STATO DI DEMENZA MOLTO GRAVE, TRA CUI QUELLE AFFETTE DAL MORBO DI ALZHEIMER IN TALE CONDIZIONE E RITARDI MENTALI GRAVI E PROFONDI

Si tratta di benefici economici per la cura e l'autonomia che rispondono ad un bisogno di sostegno inteso come assistenza personale e non assimilabile all'indennità di accompagnamento o alle altre prestazioni di invalidità civile, al fine di evitare ricoveri impropri e mantenere il disabile gravissimo nel proprio ambiente di vita.

I destinatari degli interventi sono le persone in condizione di disabilità gravissima incluse le 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.

Le persone che presentano domanda devono essere in possesso dei seguenti requisiti :

- 1) Essere residente in uno dei comuni afferenti all'Ambito Sociale Distrettuale n. 6 Sangrino;
- 2) Non essere ricoverate in strutture residenziali;
- 3) Per le persone affette da SLA: certificazione di diagnosi definitiva di Sclerosi Laterale Amiotrofica, rilasciata da struttura pubblica competente;
- 4) Per le persone in condizione di disabilità gravissima si riporta integralmente quanto disposto dall'art. 3 comma 2, del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016 che recita: “ per persone in condizioni di disabilità gravissime, ai soli fini del presente decreto, si intendono le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11/02/1980 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 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 (tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer) con un punteggio sulla scala CLINICAL DEMENTIA RATING SCALE (CDRS) \geq 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 minore o uguale a 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) maggiore o uguale a 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 ascritto 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 un punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 8

i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche.

Le scale per la valutazione della condizione di disabilità gravissima, di cui al comma 2, lettere a), c), d), e h) sono illustrate nell'Allegato 1 del 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 del Decreto 26/09/2016,

-INCOMPATIBILITÀ

E' possibile richiedere e ottenere nello stesso periodo temporale di riferimento e per la medesima finalità uno solo dei benefici economici indicati nel presente atto.

- L'Assegno Disabilità Gravissima per le persone affette da S.L.A. è incompatibile con:

1. l'Assegno di Cura;
2. l'erogazione del contributo previsto dalla L.R. 23.11.2012, n. 57 “Vita Indipendente”
3. l'Assegno Disabilità Gravissima incluse persone con stato di demenza molto grave e Alzheimer;
4. altre prestazioni economiche nazionali e regionali aventi le medesime finalità assistenziali e che si riferiscono allo stesso ed effettivo periodo progettuale (es. la prestazione prevalente erogata nell'ambito del progetto Home Care Premium 2022).

- L'Assegno Disabilità Gravissima è incompatibile con:

1. l'Assegno di Cura;
2. l'erogazione del contributo previsto dalla L.R. 23.11.2012, n. 57 “Vita Indipendente”
3. l'Assegno Disabilità Gravissima per le persone affette da S.L.A. (Sclerosi Laterale Amiotrofica);
4. altre prestazioni economiche nazionali e regionali aventi le medesime finalità assistenziali e che si riferiscono allo stesso ed effettivo periodo progettuale (es. la prestazione prevalente erogata nell'ambito del progetto Home Care Premium 2022).

ART. 2 - MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

2.1 - Per partecipare al presente Avviso è necessario che le domande (Modello A), corredate dalla documentazione richiesta, pervengano **entro e non oltre il 20 Marzo 2023** nelle seguenti modalità:

- a mano all'Ufficio Protocollo del Comune di Castel di Sangro in busta chiusa recante la dicitura “Fondo Nazionale Non Autosufficienza, Assegno di Cura, annualità 2020” o “Fondo Nazionale Non Autosufficienza, Assegno di Disabilità Gravissima, annualità 2020” a seconda del beneficio che si intende richiedere;

- via pec al seguente indirizzo: comune.casteldisangro.aq@pec.comnet-ra.it riportando nell'oggetto la dicitura “Fondo Nazionale Non Autosufficienza, Assegno di Cura, annualità 2020” o “Fondo Nazionale Non Autosufficienza, Assegno di Disabilità Gravissima, annualità 2020” a seconda del beneficio che si intende richiedere;

2.2 – Per l'**ASSEGNO DI CURA** l'istanza deve essere corredata della seguente documentazione:

1. Copia del documento di identità in corso di validità dell'utente e del richiedente;
2. Copia del verbale Legge 104/92 art. 3 comma 3;
3. Attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità;
4. Copia del decreto di nomina di tutela, di curatela o di amministrazione di sostegno;
5. Copia del verbale di Invalidità Civile 100%;

2.3 - Per l'**ASSEGNO DISABILITA' GRAVISSIMA** l'istanza deve essere corredata della seguente documentazione:

1. Copia del documento di identità in corso di validità dell'utente e del richiedente;
2. Copia del verbale Legge 104/92 art. 3 comma 3;
3. Attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità;
4. Copia del decreto di nomina di tutela, di curatela o di amministrazione di sostegno;
5. In caso di persone affette da SLA: certificazione di diagnosi definitiva di Sclerosi Laterale Amiotrofica, rilasciata da struttura pubblica competente;
6. Copia del verbale di Invalidità Civile 100%;
7. Copia indennità di accompagnamento, di cui alla legge 18/1980, o dichiarazione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159/2013.

2.3.1 *Per i casi di disabilità gravissima ed affetti da SLA già valutati dall'UVM nelle precedenti annualità, ed in possesso di un'attestazione socio-sanitaria dello stato di non autosufficienza permanente e/o non soggetta a margini di miglioramento (rilasciata dal medico curante o da altri organismi sociosanitari competenti) non è necessaria un'ulteriore valutazione da parte dell'UVM salvo i casi in cui tale valutazione venga richiesta direttamente dall'utente e/o nel caso i cui risulta necessario da parte dell'Ecad o dell'UVM ridefinire l'intensità socio-assistenziale e socio sanitaria".* L'ECAD e la ASL, qualora se ne evidenziasse la necessità, si riservano di richiedere documentazione socio-sanitaria integrativa.

2.3.2 In caso di nuova istanza, copia certificazione medica specialistica delle condizioni dichiarate nell'art. 3 del d.m. del 26.09.2016 (*Allegato 2*) compilato da una struttura sanitaria pubblica e specialistica attestante l'accertamento della patologia determinante la condizione di disabilità gravissima, così come del grado di non autosufficienza/gravità con firma autografa del medico specialista e timbro della struttura sanitaria. Nella presente certificazione dovranno necessariamente

essere riportati i punteggi delle scale di valutazione elencate nelle lettere da a) ad h). Non saranno accettate certificazioni esclusivamente a firma del medico di base;

ART. 3 - ACCESSO AI BENEFICI

3.1 - Le istanze presentate, corredate di tutta la documentazione prodotta, saranno trasmesse all'UVM competente per territorio al fine di ottenere una valutazione del grado di compromissione funzionale dei richiedenti il beneficio.

3.2 - in entrambe le tipologie di beneficio (*assegno disabilità gravissima e assegno di cura*) per ciascuna domanda l'UVM definirà il grado di compromissione funzionale e il contributo verrà modulato anche in relazione alla valutazione dell'intensità del bisogno assistenziale, della situazione socio familiare e del sostegno personale quotidiano e delle condizioni reddituali attraverso l'uso di scale di valutazione socio-sanitarie validate e condivise a livello Distrettuale.

3.3 – Come indicato nelle Linee Guida 2019-2021, *“per i casi di disabilità gravissima ed affetti da SLA già valutati dall'UVM nelle precedenti annualità, ed in possesso di un'attestazione socio-sanitaria dello stato di non autosufficienza permanente e/o non soggetta a margini di miglioramento (rilasciata dal medico curante o da altri organismi sociosanitari competenti) non è necessaria un'ulteriore valutazione da parte dell'UVM salvo i casi in cui tale valutazione venga richiesta direttamente dall'utente e/o nel caso i cui risulta necessario da parte dell'Ecad o dell'UVM ridefinire l'intensità socio-assistenziale e socio sanitaria”*.

3.4 - a conclusione della valutazione delle istanze pervenute, saranno redatte due distinte graduatorie delle domande ammesse, riguardanti l'una il beneficio dell'*assegno disabilità gravissima*, l'altra il beneficio dell'*assegno di cura per persone non autosufficienti gravi*. In caso di risorse insufficienti, nella predisposizione delle graduatorie l'ADS potrà utilizzare ulteriori criteri di priorità di riferimento come ad esempio il reddito più basso (Isee) e la valutazione della presenza di una rete socio-familiare e parentale come stabilito dalle linee guida, approvate con Delibera di Giunta Regionale n. 707/2020.

Il limite previsto per l'accesso all'assegno per le disabilità gravissime è condizionato ad un reddito socio-sanitario non superiore a € 50.000,00, accresciuto a € 65.000,00 in caso di beneficiari minori.

3.4 - il beneficio dell'assegno mensile spettante a ciascun soggetto sarà erogato allo stesso per il periodo di 12 mesi secondo l'ordine di inserimento in graduatoria fino ad esaurimento delle risorse economiche disponibili a partire dalla data di sottoscrizione dell'Accordo di Fiducia.

3.5 - l'erogazione degli assegni di cui al presente avviso 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'impegno a utilizzare l'Assegno deve essere formalizzato attraverso apposito “Accordo di Fiducia”, sottoscritto dal beneficiario del contributo o dalla persona che ne tutela gli interessi e dal Referente dell'Ente prima dell'avvio della effettiva erogazione del beneficio.

3.6 – Come indicato nelle Linee Guida per la Programmazione degli Interventi per La Non Autosufficienza- anno2019-2021 e nella nota della Regione Abruzzo prot. N. RA / 347046/19 (*il richiedente nel caso in cui risulti assegnatario di contributo all'atto della sottoscrizione di apposito accordo di Fiducia è tenuto ad optare per uno dei benefici concessi utilizzati per la medesima finalità assistenziale*).

ART. 4 – EROGAZIONE DEL BENEFICIO

4.1 - L'erogazione delle due tipologie di Assegno è subordinata alla sottoscrizione tra il beneficiario e l'ECAD di appartenenza di un “Accordo di fiducia” in cui saranno indicati i reciproci impegni e le modalità di utilizzo delle risorse.

4.2 - **L'importo mensile dell'Assegno Disabilità Gravissima** per le disabilità gravissime e per le **persone affette da S.L.A.** potrà variare da un importo minimo di € 400,00 ad un massimo di € 1.000,00 per 12 mensilità e sarà erogato in relazione alla valutazione dell'intensità del bisogno assistenziale dell'UVM (art. 3, comma 2, del Decreto del 26 settembre 2016) ed a seguito della sottoscrizione o del rinnovo dell'accordo di fiducia.

L'ammontare dell'Assegno mensile, fermo restando gli importi minimi e massimi per 12 mensilità, è modulato in relazione alla valutazione dell'intensità di bisogno assistenziale dell'UVM (art. 3, comma 2 del Decreto Ministeriale del 26/09/2016) considerando altresì gli elementi bio-clinici, sociali, familiari e reddituali che costituiscono il budget di cura facente parte del Piano Assistenziale individuale (PAI) redatto conseguentemente alla valutazione del bisogno.

Per la definizione degli importi economici l'Ambito Distrettuale n. 6 Sangrino ha preso a riferimento per la disabilità Gravissima l'Allegato 3- Ipotesi 2 alle “linee guida per la programmazione degli interventi per la non autosufficienza “ attuati con il Fondo nazionale per la non autosufficienza per il periodo 2019/2021.

4.3 -**L'importo mensile dell'Assegno di Cura** per la non Autosufficienza Grave potrà variare da un importo minimo di € 150,00 ad un massimo di € 400,00 per 12 mensilità e sarà erogato in relazione alla valutazione dell'intensità del bisogno assistenziale dell'UVM (art. 3, comma 2 del Decreto Ministeriale del 26/09/2016) ed a seguito della sottoscrizione o del rinnovo dell'accordo di fiducia il cui ammontare tiene conto degli elementi bio-clinici, sociali, familiari e reddituali che costituiscono il budget di cura facente parte del Piano Assistenziale individuale (PAI) redatto conseguentemente alla valutazione del bisogno.

Per la definizione degli importi economici degli assegni mensili per la non autosufficienza grave (Assegno di Cura) l'Ambito Distrettuale n. 6 Sangrino ha preso a riferimento l'Allegato 4- ipotesi 2 alle “linee guida per la programmazione degli interventi per la non autosufficienza “ attuati con il Fondo nazionale per la non autosufficienza per il periodo 2019/2021.

ATTRIBUZIONE DI UN PUNTEGGIO RELATIVO AD ELEMENTI DI VALUTAZIONE DEL BISOGNO SOCIO- ASSISTENZIALE-FAMILIARE, SOCIO-SANITARIO E REDDITUALI PER LA DETERMINAZIONE DEGLI IMPORTI DEGLI ASSEGNI ECONOMICI MENSILI PER 12 MESI PER LA DISABILITA' GRAVISSIMA NEL PLNA 2019-2021:

- a) Punteggio di valutazione dell'intensità del bisogno assistenziale correlato all'ISEE socio-sanitario

DISABILITA' GRAVISSIMA			
VALORE ISEE	<i>Fascia di intensità di bisogno molto alto</i>	<i>Fascia di intensità di bisogno da alto a medio alto</i>	<i>Fascia di intensità di bisogno da medio a lieve</i>
Fino a 24.000,00 euro	50 PUNTI	35 PUNTI	20 PUNTI
da 24.000,01 a 32.000,00 euro	45 PUNTI	30 PUNTI	15 PUNTI
da 32.000,01 euro e oltre	40 PUNTI	25 PUNTI	10 PUNTI

b) Punteggio di valutazione della situazione socio-familiare e del sostegno personale quotidiano

DISABILITA' GRAVISSIMA			
<i>Situazione socio-familiare e sostegno personale quotidiano</i>	<i>Fascia di intensità di bisogno molto alto</i>	<i>Fascia di intensità di bisogno da alto a medio alto</i>	<i>Fascia di intensità di bisogno da medio a lieve</i>
deficitaria	50 PUNTI	35 PUNTI	20 PUNTI
Parzialmente deficitaria	45 PUNTI	30 PUNTI	15 PUNTI
Lievemente deficitaria	40 PUNTI	25 PUNTI	10 PUNTI
Per nulla deficitaria	0 PUNTI	0 PUNTI	0 PUNTI

risultanze della somma dei punteggi sopra elencati a) e b) per la determinazione dell'importo dell'assegnomensile per 12 mesi per la disabilità gravissima:

<i>fascia punteggio complessivo per la determinazione assegno disabilità gravissima</i>	<i>Importo mensile assegno disabilità gravissima</i>
Da 100 a 90 PUNTI	€. 1.000,00
Sotto 90 e fino a 80 PUNTI	€. 950,00
Sotto 80 e fino a 70 PUNTI	€. 900,00
Sotto 70 e fino a 60 PUNTI	€. 850,00
Sotto 60 e fino a 50 PUNTI	€. 800,00
Sotto 50 e fino a 40 PUNTI	€. 750,00
Sotto 40 e fino a 30 PUNTI	€. 600,00
Sotto 30 e fino a 20 PUNTI	€. 500,00
Sotto 20 PUNTI	€. 400,00

ATTRIBUZIONE DI UN PUNTEGGIO AD ELEMENTI SOCIO-SANITARI E REDDITUALI PER LA DETERMINAZIONE DEGLI IMPORTI DEGLI ASSEGNI ECONOMICI MENSILI PER 12 MESI PER LA DISABILITA' GRAVISSIMA NEL PLNA 2019-2021:

a) punteggio di valutazione dell'intensità del bisogno assistenziale correlato all'ISEE socio-sanitario

NON AUTOSUFFICIENZA GRAVE		
<i>VALORE ISEE</i>	<i>Fascia di intensità di bisogno da molto alto ad alto</i>	<i>Fascia di intensità di bisogno da medio a lieve</i>
Fino a 24.000,00 euro	50 PUNTI	20 PUNTI
da 24.000,01 a 32.000,00 euro	40 PUNTI	15 PUNTI
da 32.000,01 euro e oltre	30 PUNTI	10 PUNTI

b) punteggio di valutazione della situazione e sostegno socio-familiare e del sostegno personale quotidiano

NON AUTOSUFFICIENZA GRAVE		
<i>Situazione socio-familiare e sostegno personale quotidiano</i>	<i>Fascia di intensità di bisogno da molto alto ad alto</i>	<i>Fascia di intensità di bisogno da medio a lieve</i>
deficitaria	50 PUNTI	30 PUNTI
Parzialmente deficitaria	45 PUNTI	20 PUNTI
Lievemente deficitaria	40 PUNTI	10 PUNTI
Per nulla deficitaria	0 PUNTI	0 PUNTI

risultanze della somma dei punteggi sopra elencati a) e b) per la determinazione dell'importo dell'assegno mensile per 12 mesi per la non autosufficienza grave:

<i>fascia punteggio complessivo per la determinazione assegno di cura non autosufficienza grave</i>	<i>Importo mensile assegno disabilità gravissima</i>
Da 100 a 80 PUNTI	€. 400,00
Sotto 80 e fino a 70 PUNTI	€. 350,00
Sotto 70 e fino a 50 PUNTI	€. 300,00
Sotto 50 e fino a 30 PUNTI	€. 250,00
Sotto 30 e fino a 20 PUNTI	€. 200,00
Sotto 20 punti	€. 150,00

ART. 5 - INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REG. UE 679/2016 RELATIVO AL TRATTAMENTO ED ALLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

I dati acquisiti in esecuzione del presente avviso verranno trattati e conservati dall'Amministrazione Comunale di Castel di Sangro nel rispetto del Regolamento U.E. GDPR n° 679/2016 per il periodo necessario allo sviluppo dell'attività amministrativa correlata. I dati raccolti verranno conservati per un periodo massimo di 10 anni, così come previsto dal piano di conservazione documentale per gli enti locali. Tale periodo potrà essere prolungato in caso di specifici eventi (ad es. contenzioso).

I dati personali in questione saranno trattati:

- su supporti cartacei o informatici/telematici;
- da soggetti autorizzati al trattamento.

La raccolta dei dati è obbligatoria per la fase istruttoria del procedimento di concessione del beneficio; in assenza di essi il provvedimento finale non potrà essere emanato.

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



E.C.A.D. N. 6 "SANGRINO"
ENTE CAPOFILA DI AMBITO DISTRETTUALE
Presso COMUNE DI CASTEL DI SANGRO (AQ)
C.so Vittorio Emanuele, 10 - 67031 CASTEL DI SANGRO (AQ)



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. 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.

Il Titolare del trattamento dei dati a cui è possibile rivolgersi per l'esercizio dei diritti dell'interessato è il Comune di Castel di Sangro - comune.casteldisangro.aq@pec.comnet-ra.it

Il Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente del II° Settore - Dott. Angelo Angelone, mail: angelo.angelone@comune.casteldisangro.aq.it.

Per informazioni sull'Avviso è possibile rivolgersi al Segretariato Sociale dei Comuni dell'Ambito.

Castel di Sangro 03/02/2023

IL RESPONSABILE
Ecad 6 Sangrino- Sub Settore VI.1
F.to *Dott. A. Angelone*

ALLEGATO 1: MODELLO DI DOMANDA

Ambito Distrettuale Sociale n. 6 "Sangrino"

Ente Capofila di Ambito Distrettuale: Comune di Castel di Sangro

Distretto Sanitario di Base: Distretto Sanitario area Peligno - Sangrino

Servizio competente: Ufficio di Piano - ECAD n. 6 Sangrino

MODULO RICHIESTA (INTERVENTI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA)

ALL'ENTE CAPOFILA DI AMBITO DISTRETTUALE N° 6

UFFICIO DI PIANO

via: Corso Vittorio Emanuele II , n° 10

Cap 67031 Comune Castel di Sangro

PEC comune.casteldisangro.aq@pec.comnet-ra.it

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.:

CH I E D E

A INTERVENTI PER SERVIZI A FAVORE DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI
GRAVI (per gli assegni è possibile barrare una sola opzione):

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.1.1. 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 E RITARDI MENTALI GRAVI E PROFONDI

A TAL FINE DICHIARA:

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)

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 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
- ❖ Allega alla presente domanda per **l'ASSEGNO DI CURA:**
 - Copia del documento di identità in corso di validità dell'utente e del richiedente;
 - Copia del verbale Legge 104/92 art. 3 comma 3;
 - Attestazione ISEE socio sanitaria in corso di validità;
 - Copia del decreto di nomina di tutela, di curatela o di amministrazione di sostegno;
 - Copia del verbale di Invalidità Civile 100%;

Allega alla domanda DISABILITA' GRAVISSIMA:

- ❖ Si impegna a comunicare all'ECAD l'eventuale ricovero del diretto interessato
- ❖ Allega alla presente domanda DISABILITA' GRAVISSIMA:
 - Attestazione ISEE socio-sanitaria 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.
 - Allegato 2 in caso l'istanza venga presentata per la prima volta nell'annualità corrente;
 - Copia del decreto di nomina di tutela, di curatela o di amministrazione di sostegno

Dichiara, 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:** _____

N.B. Non sono ammessi Iban relativi a Libretti postali.

Consenso al trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a _____ ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016 relativo al trattamento ed alla protezione dei dati personali, 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 del Reg. UE 679/2016, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili per le finalità di cui alla presente istanza.

Data /_____/_____/_____/

Firma _____

Allegato 2

(da compilare in caso di nuovo richiedente dell'assegno di disabilità – a firma di struttura sanitaria pubblica e specialistica)

**CERTIFICAZIONE MEDICA SPECIALISTICA DELLE CONDIZIONI DICHIARATE
NELL'ART. 3 DEL D.M. DEL 26.09.2016**

Con la presente si certifica che il/la paziente _____
nato/a a _____ il _____ e residente a
_____ in via/piazza _____ n. _____
cap _____ da me visitato in data _____ presenta la
seguente diagnosi di _____ e:

- in caso di “condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure Stato di Minima Coscienza (SMC)” ha ottenuto un punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) pari a _____

Glasgow Coma Scale (GCS)

Area	Risposta	Punti
Apertura Occhi	Spontanea	4
	Alla voce	3
	Al dolore	2
	Nessuna	1

Area	Risposta	Punti
Risposta Verbale	Orientata	5
	Confusa	4
	Parole inappropriate	3
	Suoni incomprensibili	2
	Nessuna	1

Area	Risposta	Punti
Risposta Motoria	Ubbidisce al comando	6
	Localizza il dolore	5
	Retrae al dolore	4
	Flette al dolore	3
	Estende al dolore	2
	Nessuna	1

- in caso di “ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa” è dipendente da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa 24 ore al giorno 7 giorni su 7;

- in caso si “grave o gravissimo stato di demenza” (tra cui morbo di Alzheimer) ha ottenuto un punteggio sulla scala CLINICAL DEMENTIA RATING SCALE (CDRS) pari a _____;

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

	NORMALE CDR 0	DEMENTIA DUBBIA CDR 0.5	DEMENTIA LIEVE CDR 1	DEMENTIA MODERATA CDR 2	DEMENTIA GRAVE CDR 3
Memoria	Memoria adeguata o ipermemoria occasionale	Lieve amnesia permanente; parziale rievocazione di eventi	Perdita memoria modesta per eventi recenti; interferenza attività quotidiane	Perdita memoria severa; materiale nuovo perso rapidamente	Perdita memoria grave; rimangono alcuni frammenti
Orientamento	Perfettamente orientato		Alcune difficoltà nel tempo; possibile disorientamento topografico	Usualmente disorientamento temporale, spesso spaziale	Orientamento solo personale
Giudizio soluzione problemi	Risolve bene i problemi giornalieri; giudizio adeguato rispetto al passato	Dubbia comprensione nella soluzione di problemi; analogie differenzate	Difficoltà moderate; 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 indipendenti e livelli usuali nel lavoro, acquisti, pratiche burocratiche	Solo dubbia cooperazione nelle attività descritte	Incapace di compiere indipendentemente le attività, ad esclusione di attività facili	Nessuna prova di attività indipendente fuori casa. In grado di essere portato fuori casa	Nessuna prova 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 hobby ed interessi	Interessi ridotti, non sostenuti, vita domestica ridotta a funzioni semplici	Nessuna funzionalità fuori della propria camera
Cura personale	Interamente capace di curarsi della propria persona	Richiede facilitazione	Richiede aiuto per vestirsi, igiene, utilizzazione effetti personali	Richiede molta assistenza per cura personale; non incontinenza urinaria	Richiede molta assistenza per cura personale; incontinenza urinaria
CDR 4: DEMENZA MOLTO GRAVE Il paziente presenta severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da solo, nel controllare la funzione intestinale o vescicale.					
CDR 5: DEMENZA TERMINALE Il paziente richiede assistenza totale perché completamente incapace di coscienza, in stato vegetativo, allettato, incontinenza.					

- in caso di “lesioni spinali fra C0 e C5, di qualsiasi natura” ha ottenuto un punteggio nella scala ASIA Impairment Scale (AIS) pari a _____;

ASIA Scale (AIS)

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

Le lesioni spinali da valutare ai fini della presentazione della domanda di finanziamento sono tra la C0 e la C5.

In caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate.

- in caso di “gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare” ha ottenuto un risultato nella scala Medical Research Council (MRC), pari a _____

Braccio destro: ___/5

Braccio sinistro: ___/5

Gamba destra: ___/5

Gamba sinistra: ___/5

5/5	Movimento possibile contro resistenza massima
4/5	Movimento possibile solo contro resistenza minima
3/5	Movimento possibile solo contro gravità
2/5	Movimento possibile solo in assenza di gravità
1/5	Accenno al movimento
0/5	Assenza di movimento

o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale(EDSS) pari a _____;

- in caso di “deprivazione sensoriale complessa”ha una compresenza di minorazione visiva ed ipoacusia secondo la seguente valutazione:

Residuo visivo occhio destro: ___/20

Residuo visivo occhio sinistro: ___/20

Residuo perimetrico binoculare: ___%

Orecchio destro: ___ decibel htl media fra le frequenze 500,1000,2000 hertz

Orecchio sinistro: ___ decibel htl media fra le frequenze 500,1000,2000 hertz;

- in caso di “condizione di spettro autistico” presenta una disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello _____ del DSM-5;
- in caso di “diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo” ha ottenuto un punteggio QI pari a _____ ed un punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) pari a _____

LEVEL OF ACTIVITY IN PROFOUND/SEVERE MENTAL RETARDATION

Area	Risposta	Punti
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 Sfinteri	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 verbalmente i suoi bisogni	2
Manipolazione	Assente, oppure azione di afferramento	0
	Afferramento palmare spontaneo	1
	Utilizza la pinza pollice-indice	2
Vestizione	Passiva	0
	Si sforza di dare una qualche collaborazione	1
Locomozione	Stazionario sulla sedia/poltrona/letto	0
	Si trasferisce nell'ambiente	1
Orientamento nello spazio	Non orientato	0
	Orientato solo in ambienti conosciuti	1
	Orientato negli spazi a lui non conosciuti	2
Prassi	Nessuna prassi, oppure movimenti a finalistici 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

Si rilascia su richiesta dell'interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

_____, il _____

(Timbro e firma del medico certificatore)
