

LINEE GUIDA OPERATIVE

INTERVENTI SOCIO ASSISTENZIALI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA

(Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 - Deliberazione della Giunta Regionale n. 104 del 7 marzo 2017)



Anno 2018

**Approvate nella seduta del Comitato Istituzionale del 10 maggio 2018 e con
Deliberazione della Giunta Comunale del Comune Capofila Fondi n. 270 del 27 luglio 2018**

Indice

Articolo 1 - Premessa	5
Articolo 2 - Normativa di riferimento	5
Articolo 3 - Oggetto	7
Articolo 4 - Finalità	7
Articolo 5 - Destinatari	8
Articolo 6 - Condizione di disabilità gravissima	8
Articolo 7 - Valutazione della condizione di disabilità gravissima	9
Articolo 8 - Interventi socio assistenziali	9
Articolo 9 - Assegno di cura	10
Articolo 10 - Determinazione dell'importo dell'assegno di cura	11
Articolo 11 - Criteri di priorità per l'accesso all'assegno di cura	12
Articolo 12 - Figure professionali	12
Articolo 13 - Atto di impegno	13

Articolo 14 - Contributo di cura	14
Articolo 15 - Budget di sollievo	15
Articolo 16 - Caregiver familiare	15
Articolo 17 - Piano Personalizzato di Assistenza (PPA)	16
Articolo 18 - Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone con Disabilità (SVaMDi)	16
Articolo 19 - Unità di Valutazione Multidimensionale Integrata (UVMI)	17
Articolo 20 - Attestazione ISEE	18
Articolo 21 - Modalità di presentazione della domanda	19
Articolo 22 - Documentazione da presentare	20
Articolo 23 - Istruttoria della domanda	20
Articolo 24 - Graduatoria ammessi e nuove domande	21
Articolo 25 - Modalità di erogazione dei contributi economici	22
Articolo 26 - Monitoraggio e valutazione degli interventi socio assistenziali	22
Articolo 27 - Cessazione degli interventi socio assistenziali	23

Articolo 28 - Inserimento sul Sistema Informativo del Sociale (SIS)	24
Articolo 29 - Foro competente	24
Articolo 30 - Trattamento dei dati personali	24
Articolo 31 - Entrata in vigore	24

Allegati

Allegato A - Classificazione delle disabilità	25
Allegato B - Scale per la valutazione della condizione di disabilità gravissima	26
Allegato C - Criteri per l'individuazione delle altre persone in condizione di dipendenza vitale	31

Articolo 1 - Premessa

1. Il Distretto Socio Sanitario LT4, che comprende i Comuni di Campodimele, Fondi, Lenola, Monte San Biagio, San Felice Circeo, Sperlonga e Terracina, utilizza una quota delle risorse della Misura 3 "Non Autosufficienza" del Piano Sociale di Zona, assegnate dalla Regione Lazio, per realizzare interventi socio assistenziali in favore di persone in condizione di disabilità gravissima.

Articolo 2 - Normativa di riferimento

- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 novembre 2017 "Riparto del fondo per le non autosufficienze per l'anno 2017";
- Deliberazione della Giunta Regionale 7 marzo 2017, n. 104 "L.R. 11/2016. Linee guida operative agli ambiti territoriali per le prestazioni assistenziali, componente sociale, in favore delle persone non autosufficienti, in condizione di disabilità gravissima, ai sensi del decreto interministeriale 26 settembre 2016";
- Deliberazione della Giunta Regionale 28 febbraio 2017, n. 88 "Servizi e interventi sociali di assistenza alla persona nella Regione Lazio. Attuazione l.r. 11/2016. Modifiche alla deliberazione della Giunta regionale 03 maggio 2016, n. 223";
- Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 "Riparto delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le non autosufficienze, per l'anno 2016";
- Legge Regionale 10 agosto 2016, n. 11 "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio";
- Legge 26 maggio 2016, n. 89 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 marzo 2016, n. 42, recante disposizioni urgenti in materia di funzionalità del sistema scolastico e della ricerca";
- Deliberazione della Giunta Regionale 3 maggio 2016, n. 223 "Servizi e interventi di assistenza alla persona nella Regione Lazio";
- Circolare dell'INPS 18 dicembre 2014, n. 171 "Riforma ISEE. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 5 dicembre 2013, n. 159";
- Decreto del Commissario ad Acta 1 ottobre 2014, n. U00306 "Adozione della Scheda S.Va.M.Di. per la valutazione delle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale per l'accesso alla residenzialità, semiresidenzialità e domiciliarità";

- Decreto del Commissario ad Acta 25 luglio 2014, n. U00247 "Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013 - 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio";
- Deliberazione della Giunta Regionale 25 marzo 2014, n. 136 "L.R. n. 38/96, art. 51. Approvazione documento concernente Linee guida agli ambiti territoriali individuati ai sensi dell'articolo 47, comma 1, lettera c) della legge regionale n. 38/96 per la redazione dei Piani Sociali di Zona periodo 2012-2014, annualità 2014. Assegnazione ai Comuni capofila e agli Enti dei Distretti sociosanitari dei massimali di spesa e delle risorse a valere sul bilancio di previsione esercizi finanziari 2014 e 2015 per l'attuazione delle Misure comprese nei Piani Sociali di Zona annualità 2014";
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 5 dicembre 2013, n. 159 "Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)";
- Circolare dell'INPS 27 marzo 2012, n. 47 "Istruzioni organizzative ed operative per l'applicazione delle nuove disposizioni introdotte dall'articolo 15 della legge 12 novembre 2011, n. 183 in materia di certificati e dichiarazioni sostitutive".
- Direttiva del Ministro della pubblica amministrazione e della semplificazione 22 dicembre 2011, n. 14 "Adempimenti urgenti per l'applicazione delle nuove disposizioni in materia di certificati e dichiarazioni sostitutive di cui all'articolo 15 della legge 12 novembre 2011, n. 183".
- Legge 12 novembre 2011, n. 183 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2012)".
- Deliberazione della Giunta Regionale 31 luglio 2007, n. 609 "Approvazione del profilo professionale e formativo dell'Assistente familiare e definizione della durata dei percorsi formativi per il conseguimento della qualifica professionale e per la certificazione di competenze specifiche".
- Deliberazione della Giunta Regionale 31 luglio 2007, n. 601 "Art. 4 della L.R. 20/2006. Fondo regionale per la non autosufficienza. Criteri e modalità per la ripartizione delle risorse del fondo ed indirizzi della Regione per la realizzazione degli interventi e dei servizi per le persone non autosufficienti. Approvazione delle linee guida per l'utilizzazione delle risorse";
- Legge Regionale 23 novembre 2006, n. 20 " Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza";
- Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali";

- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";
- Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 "Disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa (Testo A)";
- Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- Legge 21 maggio 1998, n. 162 "Modifiche alla legge 5 febbraio 1992, n. 104, concernenti misure di sostegno in favore di persone con handicap grave";
- Legge 5 febbraio 1992, n. 104 "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate";
- Legge 11 febbraio 1980, n. 18 "Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili".

Articolo 3 - Oggetto

1. Le presenti linee guida disciplinano l'accesso agli interventi socio assistenziali in favore di persone in condizione di disabilità gravissima, secondo i criteri e le modalità stabiliti dagli articoli successivi.

Articolo 4 - Finalità

1. Il Distretto Socio Sanitario LT4 attiva, sulla base e nei limiti delle risorse finanziarie provenienti dalla Regione Lazio, interventi socio assistenziali in favore di persone in condizione di disabilità gravissima, al fine di:

- a) favorire, ove possibile, la permanenza nel proprio ambiente di vita delle persone in condizione di disabilità gravissima;
- b) evitare fenomeni di isolamento ed il ricorso forzato a percorsi di istituzionalizzazione;
- c) supportare il nucleo familiare dell'assistito nella condivisione del carico assistenziale ed emozionale;
- d) implementare la rete di sostegno e di aiuto alle persone in condizione di disabilità gravissima ed al nucleo familiare;
- e) migliorare la qualità della vita delle persone in condizione di disabilità gravissima e dei familiari che prestano loro assistenza;
- f) rafforzare l'integrazione socio sanitaria in risposta ad un bisogno complesso.

Articolo 5 - Destinatari

1. I destinatari degli interventi socio assistenziali previsti dalle presenti linee guida sono le persone residenti nei Comuni del Distretto Socio Sanitario LT4 (Campodimele, Fondi, Lenola, Monte San Biagio, San Felice Circeo, Sperlonga e Terracina) in condizione di disabilità gravissima, ivi comprese quelle affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e quelle con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer in tale condizione, come definite dall'articolo 3, comma 2, del Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 (di seguito decreto).

Articolo 6 - Condizione di disabilità gravissima

1. Per persone in condizione di disabilità gravissima, ai soli fini del decreto, si intendono le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla Legge n. 18 dell'11 febbraio 1980, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 5 dicembre 2013, e per le quali sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:

- a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10 ;
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 ;
- d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
- e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 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;
- f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza,

pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;

- g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 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 psicofisiche.

Articolo 7 - Valutazione della condizione di disabilità gravissima

1. Per la valutazione della condizione di disabilità gravissima, di cui alle precedenti lettere a), c), d), e), e h), si rinvia alle scale di misurazione illustrate nell'Allegato 1 del decreto.
2. Per l'individuazione delle altre persone in condizione di dipendenza vitale, di cui alla precedente lettera i), si utilizzano, invece, i criteri di cui all'Allegato 2 dello stesso decreto.
3. Nel caso in cui le condizioni di 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, nelle more della definizione del processo di accertamento, ai benefici previsti dalla Regione Lazio, in presenza di una diagnosi medica di patologia o menomazione da parte dello specialista di riferimento che accompagni il rilievo funzionale.

Articolo 8 - Interventi socio assistenziali

1. Gli interventi socio assistenziali in favore di persone in condizione di disabilità gravissima previsti dalle presenti linee guida sono:
 - a) assegno di cura (codice A9.01.02);
 - b) contributo di cura (codice A9.01.02);
 - c) budget di sollievo (codice A9.01.02).
2. L'assegno di cura è un contributo economico finalizzato all'acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia.

3. Il contributo di cura è un contributo economico finalizzato al riconoscimento e al supporto della figura del caregiver familiare, quale componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato.

4. Il budget di sollievo è un contributo economico, riservato ai beneficiari del contributo di cura, per la sostituzione temporanea del caregiver familiare nel caso di interventi di sollievo programmati e/o di emergenza.

Articolo 9 - Assegno di cura

1. Gli assegni di cura, ai sensi dell'art. 25, comma 2, lettera a), della Legge Regionale n. 11 del 10 agosto 2016, sono benefici a carattere economico o titoli validi per l'acquisto di prestazioni da soggetti accreditati dal sistema integrato finalizzati a sostenere le famiglie che si prendono cura direttamente dei familiari non autosufficienti.

2. Il sostegno di natura economica, concesso dal Distretto Socio Sanitario LT4, è finalizzato a compensare, in modo totale o parziale, le spese da sostenere per l'acquisizione delle prestazioni assistenziali domiciliari contemplate nel Piano Personalizzato di Assistenza (di seguito PPA), mediante la sottoscrizione di regolare contratto di lavoro.

3. La persona destinataria dell'intervento (o chi ne fa le veci ai sensi di legge) è libera di scegliere i propri assistenti personali direttamente e/o indirettamente, per mezzo di organizzazioni di sua fiducia; in ogni caso è tenuto a regolarizzare il rapporto con i propri assistenti personali mediante un contratto di lavoro nel rispetto della normativa vigente.

4. Non vengono finanziate le spese derivanti da rapporti di lavoro realizzati con i familiari ed affini, come individuati all'articolo 433 del Codice civile.

5. L'assegno di cura è compatibile con la fruizione di altri servizi ed interventi del complessivo sistema di offerta, quali:

- a) interventi di assistenza domiciliare integrata, componente sanitaria;
- b) interventi riabilitativi a carattere ambulatoriale e/o domiciliare;
- c) ricoveri ospedalieri/riabilitativi per un periodo non superiore ai 15 giorni, decorso il quale il contributo verrà sospeso;
- d) ricoveri di sollievo in strutture socio sanitarie ed altre azioni di sollievo, complementari al percorso di assistenza domiciliare definito nel PPA.

6. L'assegno di cura non viene riconosciuto o, se già attribuito, viene interrotto nei seguenti casi:

- a) ricoveri di sollievo il cui costo sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- b) prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea presso strutture sanitarie o socio sanitarie;
- c) trasferimento della residenza della persona beneficiaria in un Comune non facente parte del Distretto Socio Sanitario LT4 o in un'altra Regione.

7. L'assegno di cura non è cumulabile con altri interventi di assistenza, componente sociale, a domicilio già attivi in favore del cittadino e coperti da risorse nazionali e regionali, se non in termini di possibile implementazione delle ore di copertura assistenziali necessarie a seguito di rivisitazione del PPA a tutela della persona.

8. In caso di ricovero permanente il contributo concesso verrà interrotto; il familiare della persona in condizione di disabilità gravissima, o un suo delegato, è tenuto a dare tempestiva comunicazione per iscritto dell'avvenuto inserimento in struttura all'Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza, che provvederà a trasmetterla all'Ufficio di Piano del Distretto Socio Sanitario LT4.

Articolo 10 - Determinazione dell'importo dell'assegno di cura

1. L'assegno di cura, assegnato quale sostegno economico per la realizzazione dell'intervento di assistenza alla persona, è di durata annuale e sarà erogato agli aventi diritto fino alla concorrenza delle risorse disponibili in ambito distrettuale, tenendo conto degli importi minimi e massimi e dei criteri di priorità nell'accesso indicati con le presenti linee guida.

2. L'importo minimo da erogare è di 800,00 euro mensili per ciascuna persona nelle condizioni di disabilità gravissima indicate dalle lettere da a) ad i) dell'articolo 3, comma 2, del decreto.

3. L'importo suindicato può essere graduato fino ad un massimo di 1.200,00 euro mensili, in sede di definizione del PPA, sulla base dei diversi interventi programmati, del contesto relazionale ed ambientale, del supporto riconducibile alla rete familiare e/o informale esistente, delle condizioni di autonomia finanziaria (economiche) oggetto di valutazione multidimensionale attraverso la Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone con Disabilità (di seguito SVaMDi).

4. Tale valutazione costituisce, infatti, il presupposto stesso per considerare adeguato o meno l'intervento a domicilio attuato attraverso la scelta di un assistente alla persona.

Articolo 11 - Criteri di priorità per l'accesso all'assegno di cura

1. Nell'accesso all'assegno di cura, si indicano quali criteri di priorità:
 - a) la continuità per i soggetti già presi in carico sempreché la condizione di disabilità gravissima risponda ai nuovi criteri di compromissione funzionale di cui all'articolo 3, comma 2, del decreto;
 - b) l'ampliamento alla nuova utenza individuata come beneficiaria dal decreto, per la quale sussiste un preciso obbligo di inserimento nelle programmazioni regionali degli interventi ai sensi dell'articolo 3, comma 4, del decreto;
 - c) la valutazione dell'ISEE per i nuclei familiari con componenti con disabilità, secondo il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 5 dicembre 2013 e la Legge n. 89 del 26 maggio 2016;
 - d) l'implementazione delle ore di assistenza necessarie a seguito di rivisitazione del PPA integrato.

Articolo 12 - Figure professionali

1. Nelle more dell'istituzione del Registro degli assistenti alla persona, gli operatori che possono fornire assistenza alle persone in condizione di disabilità gravissima devono essere in possesso di uno dei seguenti titoli professionali:

- a) operatore socio sanitario (OSS);
- b) assistente domiciliare e dei servizi tutelari (ADEST);
- c) operatore socio assistenziale (OSA);
- d) operatore tecnico ausiliario (OTA);
- e) assistente familiare (Deliberazione della Giunta Regionale n. 609 del 31 luglio 2007);
- f) diploma quinquennale professionale nel settore dei servizi sociosanitari.

2. Possono altresì svolgere le funzioni di operatore le persone non in possesso dei titoli sopra indicati, ma con documentata esperienza in tali funzioni almeno quinquennale in strutture e servizi socio assistenziali per persone con disabilità e/o per persone anziane, purché si iscrivano ad un corso utile al rilascio di uno dei titoli sopra elencati entro un anno dall'assunzione.

3. Il mancato conseguimento del titolo entro due anni dall'iscrizione al corso fa venir meno l'idoneità allo svolgimento delle funzioni proprie di questa forma di assistenza.

4. Per particolari casi di disabilità (ad esempio disturbi dello spettro autistico) è preferibile che gli operatori siano in possesso di competenze e qualifiche professionali specifiche.

5. L'assistente alla persona è un operatore che interviene accanto alla persona in condizione di disabilità gravissima per aiutarla negli atti quotidiani compensando i suoi limiti funzionali e permettendole in tal modo di permanere nel proprio ambiente familiare e domestico.

6. L'assistente alla persona può prestare la sua opera in ogni ambito e in ogni circostanza della vita della persona.

7. L'assistente alla persona agisce in base alle direttive della persona o del familiare che se ne prende cura.

Articolo 13 - Atto di impegno

1. La persona destinataria dell'intervento (o chi ne fa le veci ai sensi di legge) sottoscrive, unitamente al PPA, un apposito atto di impegno predisposto dal Distretto Socio Sanitario LT4 nel quale, conformemente a quanto previsto dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 223 del 3 maggio 2016:

- a) si impegna ad utilizzare il sostegno economico concesso quale aiuto economico a esclusivo titolo di rimborso spese totale o parziale, comprensivo, degli oneri diretti e indiretti derivanti dal contratto stipulato con l'assistente personale;
- b) si impegna a regolarizzare il rapporto con l'assistente scelto mediante rapporto di lavoro, nel rispetto delle normative vigenti;
- c) si fa carico di ogni onere assicurativo, previdenziale e assistenziale scaturente dal suddetto contratto;
- d) si impegna a stipulare idonea polizza assicurativa RCT a favore dell'assistente personale per eventuali danni provocati a terzi;
- e) si impegna a concordare con il servizio sociale territoriale eventuali variazioni del PPA;
- f) si impegna a presentare trimestralmente la rendicontazione delle spese sostenute per l'acquisizione dell'intervento;
- g) si impegna al pagamento delle spese esclusivamente con mezzi tracciabili (assegni, bonifici, ecc.), producendo a richiesta del soggetto pubblico competente copia di idonea documentazione;
- h) si impegna a riconoscere al soggetto pubblico competente il pieno esercizio della vigilanza e del controllo sull'attuazione del PPA e sull'osservanza dell'atto di impegno;

- i) accetta che, al verificarsi di eventuali proprie inadempienze di cui alle lettere sopra elencate, il soggetto pubblico titolare del servizio contesti per iscritto tali inadempienze, assegnando un termine per la loro regolarizzazione. Trascorso inutilmente tale termine, si potrà procedere alla riduzione e/o revoca del sostegno economico ed al recupero delle somme eventualmente erogate e non giustificate.

Articolo 14 - Contributo di cura

1. Il contributo di cura è finalizzato a prevenire e/o contrastare possibili forme di disagio economico derivanti dall'assunzione dell'onere di cura da parte del caregiver che comporta, necessariamente, un cambiamento di condizione e di ruolo professionale a cui, spesso, sono connessi anche importanti risvolti di natura economica per il nucleo familiare.

2. Il contributo di cura è riconosciuto ed erogato alla persona in condizione di disabilità gravissima nella misura di 700,00 euro mensili per l'arco temporale di un anno.

3. L'Unità di Valutazione Multidimensionale Integrata (di seguito UVMI) riconosce formalmente la figura del caregiver familiare, stabilisce il contributo di cura e le attività richieste allo stesso che concorre all'attuazione delle cure domiciliari previste dal PPA.

4. Il contributo di cura è cumulabile con pensioni, indennità di accompagnamento ed ogni altro assegno riconosciuto a carattere previdenziale e/o assicurativo.

5. Il contributo di cura non è cumulabile con l'assegno di cura previsto per l'intervento di assistenza alla persona (articolo 9 delle presenti linee guida) e con altri interventi di assistenza, componente sociale, a domicilio già attivi in favore del cittadino e coperti da risorse nazionali e regionali.

6. Il contributo di cura è compatibile con la fruizione di altri servizi ed interventi del complessivo sistema di offerta, quali:

- a) interventi di assistenza domiciliare integrata, componente sanitaria;
- b) interventi riabilitativi a carattere ambulatoriale e/o domiciliare;
- c) ricoveri ospedalieri/riabilitativi per un periodo non superiore ai 15 giorni, decorso il quale il contributo verrà sospeso;
- d) ricoveri di sollievo in strutture socio sanitarie ed altre azioni di sollievo, complementari al percorso di assistenza domiciliare definito nel PPA.

7. Il contributo di cura non viene riconosciuto o, se già attribuito, viene interrotto nei seguenti casi:

- a) ricoveri di sollievo il cui costo sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- b) prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea presso strutture sanitarie o socio sanitarie;
- c) trasferimento della residenza della persona beneficiaria in un Comune non facente parte del Distretto Socio Sanitario LT4 o in altra Regione.

Articolo 15 - Budget di sollievo

1. Per ciascun utente beneficiario del contributo di cura è previsto un budget di sollievo pari ad un massimo di 1.200,00 euro annui, nella disponibilità dell'ambito distrettuale, che può essere utilizzato per la copertura dei costi relativi all'impiego di personale qualificato per la sostituzione temporanea del caregiver familiare nel caso di:

- a) interventi di sollievo programmati in fase di definizione ed attuazione del PPA al fine di sostenere il caregiver familiare nella ricerca e nel mantenimento del benessere, dell'equilibrio personale e familiare, per prevenire rischi di malattie da stress fisico-psichico (rischi burnout);
- b) interventi di sollievo di emergenza (malattia, ricovero, assenza forzata, ecc.) al fine di permettere al caregiver familiare di affrontare nel modo migliore possibili difficoltà o urgenze.

Articolo 16 - Caregiver familiare

1. Il caregiver familiare è la persona che volontariamente, in modo gratuito e responsabile, si prende cura di una persona non autosufficiente o, comunque, in condizione di necessario ausilio di lunga durata non in grado di prendersi cura di sé.

2. Il caregiver deve rapportarsi, in modo continuo, con gli altri operatori del sistema dei servizi sociali, socio sanitari e sanitari professionali e deve confrontarsi costantemente, oltreché con un referente per l'assistenza sanitaria, anche con il responsabile del PPA che diventa figura di riferimento per il caregiver.

Articolo 17 - Piano Personalizzato di Assistenza (PPA)

1. Il Piano Personalizzato di Assistenza (PPA) è predisposto, d'intesa con il beneficiario, con il suo tutore legale o eventualmente con i suoi familiari, dal servizio sociale professionale, in collaborazione con le competenti strutture dell'ASL, al fine di coordinare ed integrare gli interventi, i servizi e le prestazioni del sistema integrato ed indica in particolare:

- a) gli obiettivi da raggiungere;
- b) la tipologia e l'intensità della risposta assistenziale;
- c) le prestazioni da erogare, prevedendone la cadenza, la continuità, l'efficacia, la durata ed il costo;
- d) le figure professionali coinvolte negli interventi;
- e) l'indicazione di un responsabile della gestione coordinata degli interventi;
- f) le modalità ed i parametri di valutazione degli interventi.

2. Il PPA, in presenza di bisogni complessi che richiedono l'intervento di diversi servizi ed operatori, è predisposto in base ad una valutazione multidimensionale della situazione della persona, tenendo conto della natura del bisogno, della complessità, dell'intensità e della durata dell'intervento assistenziale.

3. Il PPA deve integrare le diverse componenti sanitaria, socio sanitaria e sociale in modo da assicurare la continuità assistenziale, superando la frammentazione tra le prestazioni erogate dai servizi sociali e quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona non autosufficiente ha bisogno e favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia.

4. Il PPA deve essere un programma di lavoro condiviso ed organico dell'UVMI, che fotografa i bisogni della persona e li traduce in setting assistenziali (servizi/interventi).

5. Il PPA, nel corso della durata dell'intervento assistenziale, può subire dei correttivi orientati a perfezionare il raggiungimento degli obiettivi fissati.

Articolo 18 - Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone con Disabilità (SVaMDi)

1. La Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone con Disabilità (SVaMDi), adottata dalla Regione Lazio con Decreto del Commissario ad Acta n. U00306 del 1° ottobre 2014, è uno strumento di valutazione multidimensionale per l'accesso delle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale alle prestazioni in regime residenziale, semiresidenziale e domiciliare.

2. Tale strumento consente di delineare il profilo di funzionamento della persona con disabilità e di individuare il setting assistenziale maggiormente appropriato al bisogno espresso.

3. La SVaMDi consente di analizzare tutti gli aspetti della vita di una persona: salute, autosufficienza, rapporti sociali, situazione economica; la sua multidimensionalità impone di valutare ciascuna dimensione in modo integrato alle altre.

4. Attraverso la suddetta scheda, l'UVMI avrà un quadro di riferimento assolutamente imparziale e completo per valutare lo stato qualitativo di vita delle persone.

5. La SVaMDi è composta da sezioni che raccolgono informazioni circa la situazione sanitaria (valutazione sanitaria), funzionale (menomazione di strutture e funzioni corporee, nonché limitazioni delle attività e restrizioni della partecipazione connesse ai fattori ambientali ostacolanti o facilitanti) e sociale (situazione familiare, condizione abitativa ed economica).

6. Attraverso la SVaMDi, l'UVMI:

- a) individua il livello di gravità del bisogno;
- b) definisce il profilo assistenziale;
- c) quantifica il contributo economico.

7. Tale strumento consente di rilevare il livello di intensità assistenziale (ben assistito, parzialmente assistito, non sufficientemente assistito), che rappresenta la sintesi qualitativa e quantitativa della potenziale risposta assistenziale ai bisogni tratti nella fase di valutazione.

Articolo 19 - Unità di Valutazione Multidimensionale Integrata (UVMI)

1. L'Unità di Valutazione Multidimensionale Integrata (UVMI) è una équipe operativa per la valutazione di bisogni socio sanitari di tipo complesso (compresenza del bisogno sanitario e sociale), finalizzata all'individuazione, nell'ambito delle risorse disponibili, degli interventi che meglio rispondono alle effettive esigenze della persona.

2. Lo scopo della valutazione multidimensionale è quello di conseguire un giudizio globale sullo stato funzionale della persona, prendendo in considerazione, oltre l'eventuale patologia acuta e cronica, le condizioni di disabilità che condizionano l'attività della vita quotidiana, la rete delle relazioni sociali del soggetto e le sue risorse economiche.

3. L'UVMI, attraverso la valutazione multidimensionale e multiprofessionale (sanitaria, sociale, relazionale ed ambientale) elabora il PPA, individuando la migliore soluzione possibile, anche in relazione alle risorse disponibili ed attivabili (quali professionisti, quali prestazioni, quali servizi, in che misura, con quali modalità e per quanto tempo).

4. L'UVMI è composta dalle seguenti figure professionali:
 - a) responsabile medico dei Punti Unici di Accesso Distrettuali (di seguito PUA D);
 - b) assistente sociale del Comune di residenza;
 - c) medico di medicina generale (di seguito MMG) o pediatra di libera scelta (di seguito PLS) della persona in condizione di disabilità gravissima;
 - d) assistente sociale del PUA D di riferimento;
 - e) medico specialista o altre figure professionali specifiche rispetto alle patologie prevalenti nel quadro delle condizioni di salute psico-fisiche della persona, individuate dalla ASL;
 - f) medico ASL del PUA D di riferimento, nel caso in cui abbia effettuato la visita domiciliare per compilare la parte sanitaria e funzionale della SVaMDi.

5. Partecipano inoltre, a bisogno e su richiesta del responsabile medico dei PUA D, i soggetti che si occupano a qualsiasi titolo della persona in condizione di disabilità gravissima (ad es. il caregiver familiare, l'amministratore di sostegno, l'assistente familiare, l'insegnante, la cooperativa sociale che eroga il servizio di assistenza domiciliare, ecc.) e che, con le proprie conoscenze sul caso, possono contribuire alla migliore soluzione del problema.

Articolo 20 - Attestazione ISEE

1. Il richiedente, all'atto della presentazione della domanda, deve essere in possesso di una valida attestazione ISEE socio sanitario riferita al nucleo familiare in cui è presente il beneficiario.

2. Se il beneficiario ha un'età inferiore ai 18 anni, sarà considerato l'ISEE per prestazioni agevolate rivolte a minorenni o a famiglie con minorenni (di seguito ISEE minorenni). Sono previste modalità differenziate di calcolo di tale indicatore in ragione della diversa situazione familiare del minorenne beneficiario della prestazione.

3. Il valore dell'ISEE socio sanitario o dell'ISEE minorenni deve essere dichiarato nella domanda. Tale valore è necessario per determinare il posizionamento in graduatoria, di cui all'articolo 24.

4. La suddetta attestazione viene acquisita direttamente dall'Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza del beneficiario (Circolare dell'INPS n. 47 del 27 marzo 2012).

5. Qualora, in sede di istruttoria della domanda, l'Ufficio Servizi Sociali di riferimento non rilevi una valida attestazione ISEE socio sanitario o ISEE minorenni, relativa al nucleo familiare ove compaia il beneficiario, la domanda sarà respinta.

6. Prima di trasmettere la domanda, sarà, pertanto, necessario far elaborare la suddetta attestazione ISEE socio sanitario o ISEE minorenni presso l'INPS o Ente preposto o convenzionato.

7. Per la richiesta di prestazioni socio sanitarie rivolte a persone maggiorenni con disabilità o non autosufficienza, si ha facoltà di scegliere un nucleo familiare ristretto rispetto a quello ordinario, composto esclusivamente dal beneficiario delle prestazioni, dal coniuge, dai figli minorenni e dai figli maggiorenni a carico ai fini IRPEF (a meno che non siano coniugati o abbiano figli), escludendo pertanto altri eventuali componenti la famiglia anagrafica.

8. Nel caso di persona con disabilità, maggiorenne, non coniugata e senza figli che vive con i genitori, il nucleo ristretto è composto dalla sola persona con disabilità; in sede di calcolo dell'ISEE si terrà conto solo dei redditi e patrimoni di tale persona.

Articolo 21 - Modalità di presentazione della domanda

1. La domanda per l'accesso agli interventi socio assistenziali in favore di persone in condizione di disabilità gravissima deve essere presentata, utilizzando l'apposito modulo, all'Ufficio Servizi Sociali del proprio Comune di residenza, che provvederà a trasmetterla all'Ufficio di Piano del Distretto Socio Sanitario LT4.

2. È possibile presentare la domanda anche presso il PUA D di Fondi o di Terracina, che provvederà a trasmetterla all'Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza.

3. Inoltre, la domanda può essere presentata per via telematica attraverso il Sistema Informativo del Sociale (di seguito SIS) del Distretto Socio Sanitario LT4, raggiungibile dal seguente link: www.fondi.retedelsociale.it.

4. Per presentare la domanda online è necessario accreditarsi attraverso la compilazione del modulo di richiesta di accreditamento e, con i codici di accesso che verranno spediti sulla mail del richiedente, accedere all'area riservata del SIS per compilare la domanda.

5. Dopo aver compilato la domanda, il sistema verifica i dati inseriti, invia una copia della domanda protocollata al richiedente e congela la domanda. Successivamente il richiedente può collegarsi al SIS per verificare lo stato della domanda e la posizione in graduatoria.

6. Nella fase iniziale, la domanda potrà essere presentata entro 30 giorni dalla pubblicazione del relativo avviso pubblico.

7. Dopo la pubblicazione della prima graduatoria degli ammessi agli interventi socio assistenziali, la domanda potrà essere presentata in qualsiasi momento dell'anno.

Articolo 22 - Documentazione da presentare

1. Alla domanda per l'accesso agli interventi socio assistenziali in favore di persone in condizione di disabilità gravissima deve essere allegata, pena l'esclusione, la seguente documentazione:

- a) copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario, se non coincidenti;
- b) copia del permesso o della carta di soggiorno in corso di validità, se cittadino extracomunitario;
- c) copia del codice fiscale o della tessera sanitaria del richiedente e del beneficiario, se non coincidenti;
- d) copia della certificazione rilasciata da una struttura sanitaria pubblica attestante la condizione di disabilità gravissima;
- e) copia del verbale di invalidità civile pari al 100%;
- f) copia del verbale Legge 104/1992, articolo 3, comma 3;
- g) copia del decreto di nomina di tutela, curatela o amministrazione di sostegno, se in possesso.

Articolo 23 - Istruttoria della domanda

1. L'istruttoria della domanda viene eseguita dall'assistente sociale comunale, che verifica la sussistenza dei requisiti previsti dalle presenti linee guida per l'ammissibilità della domanda.

2. Nel caso di esito positivo dell'istruttoria, l'assistente sociale comunale, in qualità di case manager (responsabile del caso), procede ad effettuare una visita domiciliare, durante la quale compila la parte sociale della SVaMDi.

3. L'assistente sociale comunale contatta il MMG o il PLS della persona in condizione di disabilità gravissima per la compilazione della parte sanitaria e funzionale della SVaMDi.

4. Nel caso in cui per il MMG o il PLS non fosse possibile compilare la parte sanitaria e funzionale della SVaMDi, la stessa potrà essere compilata dal medico ASL del PUA D di riferimento, previo incarico da parte del responsabile medico dei PUA D.

5. L'assistente sociale comunale trasmette la domanda e la SVaMDi, compilata in ogni sua parte e firmata, al responsabile medico dei PUA D.

6. Il responsabile medico dei PUA D attiva l'UVMI, che procederà alla redazione del PPA.

7. L'assistente sociale comunale, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della domanda di accesso agli interventi socio assistenziali, trasmette la domanda, unitamente alla SVaMDi con il relativo punteggio e al PPA, all'Ufficio di Piano.

8. L'Ufficio di Piano, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione, provvede ad inserire in graduatoria la domanda di accesso.

9. Nel caso di esito negativo dell'istruttoria, l'assistente sociale comunale comunica per iscritto all'Ufficio di Piano e al richiedente l'inammissibilità della domanda.

Articolo 24 - Graduatoria ammessi e nuove domande

1. L'Ufficio di Piano pubblicherà sul portale internet www.distrettosociosanitariolt4.it, nella specifica sezione riservata ai servizi, la graduatoria distrettuale delle pratiche i cui beneficiari sono ammessi agli interventi socio assistenziali.

2. La graduatoria degli ammessi sarà redatta in ordine decrescente dei punteggi attribuiti con la SVaMDi.

3. Ad ogni domanda sarà assegnato un punteggio in base alla SVaMDi.

4. A parità di punteggio prederà in graduatoria il beneficiario che avrà il valore dell'ISEE socio sanitario o dell'ISEE minorenni più basso.

5. In caso di ulteriore parità di punteggio, verrà presa in considerazione la data e l'ora di presentazione della domanda.

6. Sarà preso in considerazione il protocollo distrettuale generato dal SIS al momento della presentazione della domanda.

7. Dopo la pubblicazione della prima graduatoria, sarà possibile presentare nuove domande per coloro che non hanno presentato la domanda entro 30 giorni dalla pubblicazione del relativo avviso pubblico.

8. La graduatoria verrà aggiornata sulla base delle domande presentate e dei punteggi assegnati alle stesse.

9. In caso di aggravamento delle condizioni di salute dei beneficiari e degli idonei degli interventi socio assistenziali, tali da modificare la valutazione iniziale, è possibile richiedere una rivalutazione da parte dell'UVMI.

10. Gli interventi socio assistenziali saranno erogati solo in presenza di necessari fondi regionali, e comunque nei limiti del massimale di spesa previsto dalla Regione Lazio, seguendo l'ordine stabilito dalla graduatoria distrettuale.

Articolo 25 - Modalità di erogazione dei contributi economici

1. L'Ufficio di Piano del Distretto Socio Sanitario LT4 procederà trimestralmente all'erogazione dei contributi economici mediante bonifico bancario in favore della persona assistita.

2. Il rimborso delle spese sostenute dal beneficiario in nessun caso potrà superare l'importo del contributo economico previsto nel PPA e sarà erogato trimestralmente, sulla base della rendicontazione da presentarsi all'Ufficio di Piano entro il 5 del mese successivo al trimestre di riferimento.

3. Per l'assegno di cura, il familiare della persona assistita o un suo delegato dovrà presentare la documentazione attestante le spese effettivamente sostenute all'assistente sociale comunale, che provvederà all'elaborazione di una relazione trimestrale sull'andamento dell'intervento e a trasmettere tutta la documentazione (spese sostenute + relazione tecnica) all'Ufficio di Piano.

4. Per il contributo di cura, l'assistente sociale comunale provvederà all'elaborazione di una relazione trimestrale sull'andamento dell'intervento, specificando eventuali modifiche ritenute necessarie e certificando la continuità del caregiver familiare. Tale relazione dovrà pervenire all'Ufficio di Piano.

5. Per il budget di sollievo, il familiare della persona assistita o un suo delegato dovrà presentare la documentazione attestante le spese effettivamente sostenute all'assistente sociale comunale, che provvederà a trasmetterla all'Ufficio di Piano.

6. L'erogazione dei contributi economici è subordinata alla concessione delle relative contribuzioni da parte della Regione Lazio; pertanto, l'ammissione delle richieste di contributo economico non vincola il Distretto Socio Sanitario LT4 all'erogazione dello stesso. Le richieste verranno evase nei limiti delle risorse disponibili in osservanza dei criteri previsti dalle presenti linee guida.

Articolo 26 - Monitoraggio e valutazione degli interventi socio assistenziali

1. Il monitoraggio degli interventi socio assistenziali erogati verrà effettuato con cadenza trimestrale dall'assistente sociale comunale, che raccoglierà le informazioni necessarie per verificare l'efficacia, la qualità e l'impatto degli interventi.

2. Nell'eventualità che l'assistente sociale comunale rilevi una mutazione della condizione generale dell'utente sarà cura dello stesso segnalarla. Qualora, invece, il quadro clinico della persona assistita subisca una modifica sarà cura del suo familiare o di un suo delegato fornire la documentazione clinica specialistica. Entrambe le situazioni verranno prese in considerazione dall'UVMI per una rivalutazione della domanda per motivi di aggravamento, che potrebbe richiedere una variazione del PPA.

3. La valutazione dei risultati dei singoli PPA (raggiungimento degli obiettivi previsti dal singolo PPA e grado di soddisfazione dell'utente) sarà effettuata annualmente dall'UVMI.

4. L'assistente sociale comunale verificherà l'avvenuta esecuzione degli adempimenti legati all'atto di impegno sottoscritto ed al PPA, in particolare gli interventi socio assistenziali attivati e la valutazione della loro compatibilità, con l'obiettivo di tutelare la persona assistita e di supportare la sua famiglia; inoltre, certificherà la rendicontazione delle spese sostenute riconducibili alla gestione del rapporto di lavoro instaurato per l'acquisizione delle prestazioni di assistenza, componente sociale.

Articolo 27 - Cessazione degli interventi socio assistenziali

1. La cessazione degli interventi socio assistenziali si può verificare nei seguenti casi:
 - a) per decesso della persona in condizione di disabilità gravissima;
 - b) per richiesta di un suo familiare o di un suo delegato;
 - c) quando vengono meno i requisiti di accesso agli interventi socio assistenziali;
 - d) quando, su richiesta dell'assistente sociale comunale, non si provveda a regolarizzare entro 30 giorni la rendicontazione;
 - e) quando a seguito della verifica trimestrale nell'ambito del monitoraggio, di cui all'articolo 26 delle presenti linee guida, si rilevi il mancato rispetto degli accordi presi nel PPA;
 - f) per ricoveri di sollievo il cui costo sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
 - g) per prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea presso strutture sanitarie o socio sanitarie;
 - h) per trasferimento della residenza della persona beneficiaria in un Comune non facente parte del Distretto Socio Sanitario LT4 o in un'altra Regione.

Articolo 28 - Inserimento sul Sistema Informativo del Sociale (SIS)

1. Le domande di accesso agli interventi socio assistenziali, la SVaMDi, il PPA, le informazioni sulla presa in carico e gli interventi erogati in favore di persone in condizione di disabilità gravissima dovranno essere inseriti, dagli assistenti sociali comunali, sul Sistema Informativo del Sociale (SIS) del Distretto Socio Sanitario LT4.
2. La piattaforma è raggiungibile dal seguente link: www.fondi.retedelsociale.it.

Articolo 29 - Foro competente

1. Per tutte le controversie che dovessero insorgere in dipendenza delle presenti linee guida è competente il Foro di Latina.

Articolo 30 - Trattamento dei dati personali

1. Tutti i dati acquisiti in virtù delle presenti linee guida saranno trattati secondo il Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modifiche ed integrazioni.

Articolo 31 - Entrata in vigore

1. Le presenti linee guida entrano in vigore il giorno successivo alla data della loro approvazione da parte del Comitato Istituzionale del Distretto Socio Sanitario LT4.

CLASSIFICAZIONE DELLE DISABILITÀ

CATEGORIE	DISABILITÀ MEDIA	DISABILITÀ GRAVE	NON AUTOSUFFICIENZA
INVALIDI CIVILI DI ETÀ COMPRESA TRA 18 E 65 ANNI	- Invalidi 67→99% (D.Lgs. 509/88)	- Inabili totali (L. 118/71, artt. 2 e 12)	- Cittadini di età compresa tra 18 e 65 anni con diritto all'indennità di accompagnamento (L. 508/88, art. 1, comma 2, lettera b)
INVALIDI CIVILI MINORI DI ETÀ	- Minori di età con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni propri della loro età (L. 118/71, art. 2 - diritto all'indennità di frequenza)	- Minori di età con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età e in cui ricorrono le condizioni di cui alla L. 449/1997, art. 8 o della L. 388/2000, art. 30	Minori di età con diritto all'indennità di accompagnamento (L. 508/88, art. 1)
INVALIDI CIVILI ULTRASESSANTACINQUENNI	- Ultrasessantacinquenni con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni propri della loro età, invalidi 67→99% (D. Lgs. 124/98, art. 5, comma 7)	- Ultrasessantacinquenni con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni propri della loro età, inabili 100% (D.Lgs. 124/98, art. 5, comma 7)	- Cittadini ultrasessantacinquenni con diritto all'indennità di accompagnamento (L. 508/88, art. 1, comma 2, lettera b)
CIECHI CIVILI	- Art 4, L.138/2001	- Ciechi civili parziali (L. 382/70 - L. 508/88 – L. 138/2001)	- Ciechi civili assoluti (L. 382/70 - L. 508/88 – L. 138/2001)
SORDI CIVILI	- Invalidi Civili con cofosi esclusi dalla fornitura protesica (DM 27/8/1999, n. 332)	- Sordi pre-linguali, di cui all'art. 50 L. 342/2000	
INPS	- Invalidi (L. 222/84, artt. 1 e 6 - D.Lgs. 503/92, art. 1, comma 8)	- Inabili (L. 222/84, artt. 2, 6 e 8)	-Inabili con diritto all'assegno per l'assistenza personale e continuativa (L. 222/84, art. 5)
INAIL	- Invalidi sul lavoro 50→79% (DPR 1124/65, art. 66) - Invalidi sul lavoro 35→59 % (D.Lgs. 38/2000, art.13 – DM 12/7/2000 - L. 296/2006, art 1, comma 782)	- Invalidi sul lavoro 80→100% (DPR 1124/65,art. 66) - Invalidi sul lavoro >59% (D.Lgs 38/2000, art. 13 – DM 12/7/2000 - L. 296/2006, art1, comma 782)	- Invalidi sul lavoro con diritto all'assegno per l'assistenza personale e continuativa (DPR 1124/65 – art. 66) - Invalidi sul lavoro con menomazioni dell'integrità psicofisica di cui alla L.296/2006, art 1, comma 782, punto 4
INPS GESTIONE EX INPDAP	- Inabili alle mansioni (L. 379/55, DPR 73/92 e DPR 171/2011)	- Inabili (L. 274/1991, art. 13 - L. 335/95, art. 2)	
TRATTAMENTI DI PRIVILEGIO ORDINARI E DI GUERRA	- Invalidi con minorazioni globalmente ascritte alla terza ed alla seconda categoria Tab. A DPR 834/81 (71→80%)	- Invalidi con minorazioni globalmente ascritte alla prima categoria Tab. A DPR 834/81 (81→100%)	- Invalidi con diritto all'assegno di superinvalidità (Tabella E allegata al DPR 834/81)
HANDICAP		- Art 3, comma 3, L.104/92	

Allegato B

Scale per la valutazione della condizione di disabilità gravissima (Articolo 3, comma 2)

Glasgow Coma Scale (Articolo 3, comma 2, lettera a)

Teasdale G, Jennett B. (1974). "Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale.". Lancet 13 (2): 81-4

Apertura occhi	Spontanea	4
	Agli stimoli verbali	3
	Solo al dolore	2
	Nessuna risposta	1
Risposta verbale	Orientata appropriata	5
	Confusa	4
	Con parole inappropriate	3
	Con parole incomprensibili	2
	Nessuna risposta	1
Risposta Motoria	Obbedisce al comando	6
	Localizza gli stimoli dolorosi	5
	Si ritrae in risposta al dolore	4
	Flette gli arti superiori in risposta al dolore	3
	Estende gli arti superiori in risposta al dolore	2
	Nessuna risposta	1

Clinical Dementia Rating Scale (CDR) estesa (Articolo 3, comma 2, lettera ò)

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	DEMENZA DUBBIA	DEMENZA LIEVE	DEMENZA MODERATA	DEMENZA GRAVE
	CDR 0	CDR 0.5	CDR 1	CDR 2	CDR 3
Memoria	Memoria adeguata o smemorata occasionale	Lieve smemorata 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 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

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.

Clinical Dementia 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.

ASIA Impairment Scale (AIS) (*Articolo 3, comma2, lettera d*)

www.asia-

spinalinjury.org/elearning/ASIA_ISCOS_high.pdf

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 e 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 possibili alterazioni dei riflessi)

Bilancio muscolare complessivo alla scala *Medical Research Council* (MRC)

(Articolo 3, comma2, lettera e)

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;

Expanded Disability Status Scale (EDSS) (Articolo 3, comma2, lettera e)

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.
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.

Scala di Hoehn e Yahr (*Articolo 3, comma2, lettera e*)

La scala di Hoehn e Yahr è utile per definire lo stadio clinico del paziente affetto da morbo di Parkinson:

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.

LAPMER-Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (*Articolo 3, comma2, lettera b*) *Versione originale italiana: Tesio L. Journal of Applied Measurement 2002;3,1: 50-84*

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

Altre persone in condizione di dipendenza vitale

(articolo 3, comma 2, lettera i)

1. Le persone con disabilità gravissima, in condizioni di dipendenza vitale, oltre a quelle identificate dall'articolo 3, comma 2, lettere a)-h), sono individuate mediante la valutazione del livello di compromissione della funzionalità, indipendentemente dal tipo di patologia e/o menomazione, attraverso la rilevazione dei seguenti domini:
 - a) motricità;
 - b) stato di coscienza;
 - c) respirazione;
 - d) nutrizione.
2. Le compromissioni rilevate ai fini della identificazione delle persone in condizione di dipendenza vitale sono le seguenti:
 - a) motricità:
 - dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana (ADL): l'attività è svolta completamente da un'altra persona
 - b) stato di coscienza:
 - compromissione severa: raramente/mai prende decisioni
 - persona non cosciente
 - c) respirazione
 - necessità di aspirazione quotidiana
 - presenza di tracheostomia
 - d) nutrizione
 - necessita 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)
3. Si intendono in condizioni di dipendenza vitale le persone che hanno compromissioni di cui al comma 3 del presente Allegato in almeno uno dei domini di cui alla lettere a) e b) del comma 1 ed in almeno uno dei domini di cui alle lettere c) e d) del medesimo comma 1.