

**Data:** 23 giugno 2020, 11:44:38  
**Da:** info@pec.velino.it <info@pec.velino.it>  
**A:** comune.castelsantangelo.ri@legalmail.it  
 comune.borgovelino.ri@pec.it  
 comunedianTRODOCO@legalmail.it  
 comune.micigliano.ri@legalmail.it  
 segreteria.posta.ri@legalmail.it  
 protocollo@pec.comune.amatrice.rieti.it  
 comune.accumoli@pec.it  
 comune.cittareale@pec.it  
 tributi.borbona@anutel.it  
 sindaco@pec.comune.amatrice.rieti.it



**Oggetto:** Avviso Pubblico - Interventi per la Non Autosufficienza, Disabilità Gravissima, Demenza o Alzheimer

**Allegati:** Avviso Pubblico.pdf (248.0 KB)  
 Modulo domanda utente.pdf (161.1 KB)

**Ai Sindaci dei Comuni della Comunità Montana del Velino**  
**Agli Assessori ai Servizi Sociali dei Comuni della Comunità Montana del Velino**  
**Ai Responsabili dei Servizi Sociali dei Comuni della Comunità Montana del Velino**  
**Agli Assistenti Sociali dei Comuni della Comunità Montana del Velino**

**Oggetto: Avviso Pubblico - Interventi per la Non Autosufficienza, Disabilità Gravissima, Demenza o Alzheimer**

**Si comunica che in data 18 giugno 2020 è stato pubblicato l'Avviso pubblico distrettuale riguardante l'attuazione degli interventi socio assistenziali in favore della popolazione in condizione di Non Autosufficienza, Disabilità Gravissima, Demenza o Alzheimer.**

- Si allega, con l'invito alla massima esposizione e diffusione nel vostro territorio l'Avviso Pubblico in oggetto.
- Si allega inoltre il Modulo per la domanda da consegnare all'utente .

**Per eventuali chiarimenti potete contattare il nostro referente dell'Ufficio Di Piano Alberto Campanelli al 3281692466**

**Distinti saluti**  
**Il Responsabile del Servizio**  
**Luca Falconi**

**COMUNE DI MICIGLIANO**

Prot. n. 0001499 Entrata del 23-06-2020  
 Cat. 7 classe:12





# COMUNITA' MONTANA DEL VELINO

VI ZONA – PROVINCIA DI RIETI –

GESTIONE ASSOCIATA DEI SERVIZI SOCIALI – DISTRETTO RIETI 5

VIA ROMA 103 – 02019 POSTA (RI) – [www.velino.it](http://www.velino.it) [Info@velino.it](mailto:Info@velino.it) Tel 0746/951402 Fax 0746/951403 P.I.: 80018100570

## AVVISO PUBBLICO PER L'ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI: NON AUTOSUFFICIENZA, DISABILITA' GRAVISSIMA, DEMENZA O ALZHEIMER

### REQUISITI DI ACCESSO

L'avviso pubblico si rivolge alle persone residenti nel territorio del Distretto Sociale Rieti 5 che versano in condizioni di non autosufficienza e disabilità con particolare riferimento a:

- l'area della senescenza, che comprende persone anziane, con temporanea, parziale o totale limitazione della autosufficienza;
- l'area della disabilità, che comprende gli adulti con disabilità di natura fisica, psichica o sensoriale e/o affetti da malattie croniche in presenza di non autosufficienza e di limitata autonomia personale e sociale;
- area dell'età evolutiva e giovanile, che comprende come fascia di bisogno i minori parzialmente o totalmente non autosufficienti.

Gli utenti potranno afferire all'Avviso pubblico qualora presentino uno dei tre seguenti requisiti:

- CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA** con possesso di Certificazione di handicap grave, (art.3, comma 3, della legge n.104 del 1992);
- CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA** con possesso di Certificazione di handicap grave (art.3, comma 3, della legge n.104 del 1992) e ulteriore certificazione di disabilità gravissima (ai sensi all'art. 3 comma 2 Decreto ministeriale n.26 9/2016 e della Deliberazione Regione Lazio 104/2017);
- CONDIZIONE DI DEMENZA O ALZHEIMER** con possesso di Certificazione di malattia di Alzheimer o demenza su base degenerativa/vascolare/mista e punteggio conseguito al test MMSE (Mini Mental State Examination) uguale o inferiore a 18/30.

### INTERVENTI ATTIVABILI E FINANZIABILI

- Programmi assistenziali personalizzati gestiti direttamente dall'utente o dai familiari.
- Contributo di cura al familiare denominato Caregiver, in quanto volontariamente, in modo gratuito e responsabile, si prende cura di una persona non autosufficiente. (Il contributo di cura è concesso solo a chi versa in condizione di disabilità gravissima certificata)
- Programmi per favorire l'autonomia, la formazione e l'inclusione sociale e lavorativa (Rivolti a persone di età compresa tra i 18 e i 64 anni).

### MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Per avere accesso al finanziamento i richiedenti dovranno compilare il modulo di domanda reperibile presso il PUA (Punto Unico di Accesso alle prestazioni sociali e sanitarie) del comune di residenza, presso il PUA gli utenti avranno anche un supporto alla compilazione e presentazione della domanda. Coloro che non potranno recarsi presso gli sportelli PUA potranno essere supportati nella presentazione della domanda chiamando il numero verde 800629806 attivo dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 18.

Il modello di domanda dovrà essere compilato, integrato con la certificazione ISEE 2020 e l'ulteriore documentazione richiesta, consegnato e protocollato presso il PUA (Punto Unico di Accesso alle prestazioni sociali e sanitarie) del comune di residenza entro la data del 19 dicembre 2020. La data di presentazione della domanda darà precedenza nella fase di valutazione dei requisiti e nel conseguente finanziamento degli interventi.

## VALUTAZIONE DEI REQUISITI

La **Condizione di Non Autosufficienza** verrà valutata dalla Unità Valutativa Territoriale Integrata Distrettuale. La valutazione della condizione di non autosufficienza e il punteggio derivante dall'ISEE, saranno elaborati attraverso uno strumento di valutazione del bisogno socio-assistenziale che determinerà un punteggio totale, l'inserimento nella graduatoria distrettuale e l'entità delle prestazioni e del finanziamento assegnato.

La **Condizione di Disabilità Gravissima** dovrà essere accertata e certificata da un Medico Specialista del Servizio Sanitario Nazionale, che certificherà la sussistenza di 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)  $\leq 10$ ;
- 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)  $\geq 4$ ;
- 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  $\leq 1$  ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS)  $\geq 9$ , 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)  $\leq 8$ ;
- 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.

La valutazione della condizione di Disabilità e il punteggio derivante dall'ISEE, saranno elaborati attraverso uno strumento di valutazione del bisogno socio-assistenziale che determinerà un punteggio totale, l'inserimento nella graduatoria distrettuale e l'entità delle prestazioni e del finanziamento assegnato.

La **Condizione di Demenza o Alzheimer** dovrà essere certificata da un Medico Specialista del Servizio Sanitario Nazionale che dovrà attestare la diagnosi di malattia di Alzheimer o demenza su base degenerativa/vascolare/mista e indicare il punteggio conseguito al test MMSE (Mini Mental State Examination) uguale o inferiore a 18/30. Tale punteggio concorrerà, insieme a quello estrapolato dalla valutazione del bisogno socio-assistenziale e al punteggio derivante dall'ISEE, a determinare un punteggio totale finalizzato all'inserimento nella graduatoria distrettuale e a definire l'entità delle prestazioni e del finanziamento assegnato.

Ulteriori informazioni potranno essere richieste chiamando il numero verde 800629806 attivo dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 18 o recandosi presso il PUA (Punto Unico di Accesso alle prestazioni sociali e sanitarie) del comune di residenza.

Posta 18 Giugno 2020

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Luca Falconi



Ai Servizi Sociali della Comunità Montana del Velino

Via Roma 103 - Posta

Richiesta di partecipazione all' AVVISO PUBBLICO PER L'ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI: NON AUTOSUFFICIENZA, DISABILITA' GRAVISSIMA, DEMENZA O ALZHEIMER

Il/la sottoscritto/a.....  
Nato/a a ..... il .....  
Residente a ..... in .....  
Recapito telefonico .....  
In qualità di (Genitore, Coniuge, Figlio, etc.) .....  
Di.....  
Nato a ..... il .....  
E residente a ..... Via/P.zza .....

#### CHIEDE

che la presente domanda afferisca all'AVVISO PUBBLICO PER L'ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI: NON AUTOSUFFICIENZA, DISABILITA' GRAVISSIMA, DEMENZA O ALZHEIMER gestito dai Servizi Sociali del Distretto Rieti 5.

#### DICHIARA

Che l'utente destinatario dell'intervento ha uno dei tre requisiti richiesti dall'Avviso Pubblico (barrare la casella relativa)

1.  **CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA:** con possesso di Certificazione di handicap grave, (art.3, comma 3, della legge n.104 del 1992)
2.  **CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA:** con possesso di Certificazione di handicap grave (art.3, comma 3, della legge n.104 del 1992) e ulteriore certificazione di disabilità gravissima (ai sensi all'art. 3 comma 2 Decreto ministeriale n.26 9/2016 e della Deliberazione Regione Lazio 104/2017)
3.  **CONDIZIONE DI DEMENZA O ALZHEIMER:** con possesso Certificazione di malattia di Alzheimer o demenza su base degenerativa/vascolare/mista e punteggio conseguito al test MMSE (Mini Mental State Examination) uguale o inferiore a 18/30;

## ALLEGA

la seguente **DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA** (solo per la condizione sopra dichiarata):

- **CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA:**

- Certificazione di handicap grave, (art.3, comma 3, della legge n.104 del 1992)
- Certificazione ISEE 2020 del nucleo familiare
- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del destinatario dell'intervento

- **CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA:**

- Certificazione di handicap grave, (art.3, comma 3, della legge n.104 del 1992)
- Certificazione di disabilità gravissima. La condizione di disabilità gravissima è accertata e certificata da un Medico Specialista del Servizio Sanitario Nazionale, in cui si attesti la sussistenza di almeno una delle condizioni previste dall'art. 3 comma 2 Decreto ministeriale n.26 9/2016 e della Deliberazione Regione Lazio 104/2017.
- Certificazione ISEE 2020 del nucleo familiare
- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del destinatario dell'intervento

- **CONDIZIONE DI DEMENZA O ALZHEIMER:**

- Certificazione di malattia di Alzheimer o demenza su base degenerativa/vascolare/mista con certificazione di punteggio conseguito al test MMSE (Mini Mental State Examination) uguale o inferiore a 18/30;
- Certificazione ISEE 2020 del nucleo familiare
- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del destinatario dell'intervento

Il sottoscritto è consapevole che questa domanda presentata priva della documentazione obbligatoria richiesta sarà rigettata.

IL sottoscritto è informato che successivamente alla presentazione della domanda verrà contattato da un operatore dei Servizi Distrettuali per concordare una visita domiciliare o ambulatoriale utile alla Valutazione globale del Bisogno socioassistenziale della persona destinataria dell'intervento. Il punteggio determinato dalla valutazione del bisogno socioassistenziale e il punteggio derivante dall'ISEE, determineranno un punteggio totale e l'inserimento nella graduatoria distrettuale che determinerà l'entità delle prestazioni e del finanziamento assegnato.

Il sottoscritto è informato che i criteri per l'attribuzione delle risorse e le modalità di gestione delle stesse da parte degli utenti saranno definiti con apposita determinazione dal nostro Ente prima della pubblicazione della graduatoria distrettuale degli utenti ammissibili a finanziamento.

Il sottoscritto si impegna a presentare quando richieste relazioni e comunicazioni circa l'andamento e l'efficacia degli interventi, rendicontazione delle prestazioni effettuate e delle spese sostenute.

Il sottoscritto conferisce ai Servizi Sociali della Comunità Montana del Velino il proprio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2003 all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679

Luogo e data.....

Firma del richiedente

---

Consegnato in data.....

Presso .....

Firma per l'Ufficio ricevente .....