



Ambito Territoriale Sociale di Agnone ***- Ufficio di Piano -***

**OGGETTO: PROGRAMMA REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA -
“FNA 2019-2021. INTERVENTI RIVOLTI A PERSONE CON DISABILITÀ
GRAVE E GRAVISSIMA ASSISTITE A DOMICILIO”.
ANNUALITÀ 2020 -**

D.G.R. n. 79 del 06 giugno 2020 - D.D. Regione Molise n. 7405 del 03/12/2021.

Premessa

L’Ambito Territoriale Sociale di Agnone emana il presente Avviso pubblico in coerenza e in attuazione della Determinazione Dirigenziale della Regione Molise n. 7405 del 03/12/2021 e della Deliberazione di Giunta Regionale n. 79 del 06 giugno 2020 che ha approvato il Programma Regionale “FNA 2019-2021 – Interventi rivolti a persone con disabilità grave e gravissima assistite a domicilio” – unitamente al Disciplinare per la realizzazione dell’intervento e della Determinazione del Responsabile dell’Ufficio di Piano num. 23 del 27/01/2022 cui è allegato il presente Avviso.

Art. 1 Durata

Il presente programma Regionale per la non Autosufficienza ha durata di dodici mesi decorrenti dall’approvazione delle graduatorie dei beneficiari di cui alle lett. A), B) e C). Sono fatti salvi eventuali effetti retroattivi, a decorrere dal 01/06/2021, data di attivazione del Programma ministeriale, in relazione ai tempi tecnici della procedura.

Art. 2 Finalità

Il Programma è finalizzato ad assicurare nell’Ambito Territoriale Sociale un sistema di tutela alle persone, assistite a domicilio, adulti e minori, in condizione di disabilità gravissime, attraverso:

1. interventi assistenziali domiciliari;
2. contributi in favore di minori per la frequenza di corsi volti all’acquisizione di maggiori livelli di autonomia;
3. contributi per l’inserimento presso Centri Socio Educativi Diurni in attività finalizzate a favorire l’inclusione sociale e l’apprendimento di nuove competenze, previste da progetti innovativi.

Le risorse impiegate per la sua attuazione sono destinate alla realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata di servizi socio-sanitari in favore di persone non autosufficienti, individuando i seguenti obiettivi ed aree prioritarie di intervento:

- a. il rafforzamento del supporto alla persona non autosufficiente ed alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare, anche in termini di assistenza tutelare e personale, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, adeguando le prestazioni all'evoluzione dei modelli di assistenza domiciliari;
- b. la previsione di un supporto alla persona non autosufficiente, in condizione di disabilità gravissima, ed alla sua famiglia, con trasferimenti monetari destinati all'acquisto di servizi di cura ed assistenza domiciliare sulla base di un personalizzato ed opportunamente monitorati svolti da, cooperative, soggetti accreditati, personale qualificato contrattualizzato dai familiari ed al riconoscimento del lavoro di cura del familiare – caregiver, in sostituzione di altre figure professionali (quindi remunerato);
- c. interventi complementari all'assistenza domiciliare: azioni di supporto individuate nel progetto personalizzato (es. trasporto) ivi compresi i ricoveri di sollievo di strutture sociosanitarie, assumendo l'onere della quota sociale ad esclusione delle prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non contemporanea per un periodo continuativo nel corso dell'anno di 15 giorni;
- d. contributi per la partecipazione a progetti rivolti a minori con grave disabilità per la frequenza di corsi finalizzati all'acquisizione di maggiori livelli di autonomia personale e/o sociale, per l'orientamento e mobilità e per l'apprendimento delle capacità necessarie a favorire l'autonomia comunicativa relazionale;
- e. contributi economici per il trasporto di persone con disabilità grave costrette a frequentare i CSE provinciali, per l'assenza nel territorio di riferimento di CSE.

Art. 3 Destinatari

I destinatari del Programma sono:

A) Persone, adulti e minori, residenti in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale di Agnone, in condizioni di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere socio-sanitario nelle 24 ore, 7 giorni su 7, per bisogni assistenziali complessi derivanti dalle gravi condizioni psico- fisiche.

Sono identificate in tali condizioni le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11.02.1980, n. 18 e ss.mm.ii., o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013, 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 ivi incluse quelle affette dal morbo di Alzheimer 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 e persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e da Atrofia Muscolare Spinale (SMA);

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.

B) Minori con gravissima disabilità, riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge 104/92, residenti nella regione Molise, per la frequenza di corsi finalizzati all'acquisizione di competenze per l'autonomia personale e/o sociale, per l'orientamento e mobilità e per l'apprendimento delle capacità necessarie a favorire l'autonomia comunicativa relazionale;

C) Persone frequentanti Centri Socio Educativi Diurni, presenti sul territorio provinciale, regolarmente autorizzati/accreditati, per la realizzazione di attività sperimentali finalizzate al mantenimento delle capacità residue ed all'acquisizione di maggiori livelli di autonomia rivolte a soggetti con grave disabilità che hanno terminato il percorso scolastico e che frequentano la struttura.

Art. 4

Destinatari di cui alla lettera A) **Azioni di supporto alla persona in condizioni di disabilità severa ed alla sua famiglia**

Il beneficiario e/o i suoi familiari esprimono **la loro preferenza riguardo l'intervento che ritengano possa rispondere in modo migliore alle loro esigenze.**

Per i destinatari di cui alla lettera A è previsto:

1. sostegno economico dell'importo da quantificare sulla base dell'impegno assistenziale correlato alla severità delle condizioni patologiche, garantito attraverso trasferimenti monetari per l'acquisto di servizi di cura ed assistenza domiciliare sulla base del piano assistenziale personalizzato mediante cooperative, soggetti accreditati, personale qualificato, **che verrà contrattualizzato direttamente dalla famiglia.**

La soglia minima di ore garantite per gli interventi sociali è di n. 8 ore e la massima di n. 14, per n. 52 settimane. L'intervento viene concesso per un numero di ore assicurate settimanalmente il cui costo orario è stabilito come da contratto collettivo della cooperazione sociale (Tab. ministeriale-

maggio 2013), tra € 19,20 ed € 19,81 all'ora. Concorrono al raggiungimento del numero delle ore assicurate le prestazioni rese nell'ambito dei Servizi di Assistenza Domiciliare Comunale, non concorrono le ore assicurate dall'Home Care Premium;

2. contributo per il caregiver, con la corresponsione di un sostegno economico, dell'importo mensile di € 400,00 ad integrazione dell'assegno di accompagnamento, necessario per incrementare le risorse economiche destinate ad assicurare la continuità dell'assistenza;

3. contributo per il caregiver attraverso la corresponsione di un sostegno economico da quantificare sulla base dell'impegno assistenziale correlato alla severità delle condizioni patologiche, per le persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica e Atrofia Muscolare Spinale secondo le modalità stabilite nel corso della realizzazione del precedente programma di cui alla deliberazione di Giunta Regionale del 9 gennaio 2012, n. 7;

Per i pazienti di cui ai nn. 1, 2 e 3, in caso di ricovero in struttura ospedaliera, extraospedaliera o struttura socio sanitaria, assistenziale o riabilitativa, per un periodo continuativo superiore a trenta giornate, l'erogazione del contributo deve essere interrotta;

4. azioni di supporto individuate nel progetto personalizzato il cui costo preventivamente autorizzato, può essere rimborsato fino ad un massimo di € 3.000,00, comprensivo di IVA e la cui eventuale spesa eccedente deve essere sostenuta dal beneficiario. Tra gli interventi di cui al presente punto 4 sono compresi i ricoveri di sollievo in strutture regionali sociosanitarie o assistenziali, attrezzate per garantire le cure necessarie, individuate dai familiari, con l'onere della quota sociale fino ad un massimo di € 38,00 al giorno, a carico della Regione per un periodo continuativo nel corso dell'anno di n. 15 giorni.

Procedure per le persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e da Atrofia Muscolare Spinale (SMA).

La gestione dell'intervento in favore dei pazienti affetti da SLA e da SMA sarà assicurata direttamente dalla Regione.

I pazienti, residenti nella regione Molise che non abbiano eletto domicilio o siano stabilmente ospitati da familiari in comuni non compresi nel territorio della regione Molise, dovranno essere assistiti presso la propria abitazione o in quella di un familiare. Sono escluse le persone assistite presso strutture residenziali sanitarie, sociosanitarie ed assistenziali. Verrà loro garantita l'assistenza domiciliare mediante il sostegno economico al care giver, qualora richiesta, con le modalità stabilite nel corso dell'esecuzione del precedente Programma dedicato ai malati di SLA di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale del 9 gennaio 2012, n. 7, oppure la concessione di uno degli altri benefici previsti per i pazienti di cui alla lettera A) del Programma in parola, sulla base della preferenza espressa. E' garantita la continuità assistenziale quando già inseriti nei precedenti Programmi, nonché la presa in carico delle nuove istanze. La domanda di ammissione al Programma a firma del richiedente il beneficio, o se impossibilitato da chi ne cura gli interessi, può essere in qualsiasi momento di realizzazione del programma presentata all'Ambito Territoriale Sociale competente per territorio. Nella domanda si attesta il possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità e si descrivono le caratteristiche essenziali relative alla situazione individuale, la situazione familiare e reddituale, la documentazione sanitaria rilasciata da una struttura pubblica specialistica nella quale sia chiaramente accertata la diagnosi.

Il beneficio, quando concesso, decorre dal giorno di presentazione della domanda. Per il contributo economico al care giver sono vigenti le modalità di quantificazione dell'importo spettante stabilite dal precedente programma dedicato ai malati di SLA (da un minimo di € 300,00 ad un massimo di € 700,00 sulla base del carico assistenziale). La Regione liquida agli aventi diritto, accertata la

permanenza dei requisiti (esistenza in vita e permanenza presso il proprio domicilio), trimestralmente le spettanze dovute per il tramite dell'ATS di riferimento.

In caso di ricovero del paziente in struttura ospedaliera, extraospedaliera o struttura socio sanitaria, assistenziale o riabilitativa, per un periodo continuativo superiore a trenta giornate l'erogazione del contributo dovrà essere interrotta.

Qualora vengano preferiti gli altri interventi previsti dal Programma per i pazienti di cui alla lettera A) verranno seguite le modalità in esso previste.

Deve inoltre essere considerato il carico assistenziale sostenuto dalla famiglia affinché possa essere assicurato il necessario sostegno in tutto il percorso di cura. Gli operatori degli ATS e/o dell'ASReM che sono chiamati ad intervenire hanno il compito di mantenere con il paziente ed i suoi familiari un stabile rapporto affinché gli stessi possano essere informati ed orientati nel sistema delle cure, siano facilitati nelle decisioni da prendere e possano più agevolmente fronteggiare i momenti critici. La malattia impone all'intero nucleo familiare una riorganizzazione ed un riadattamento per vicariare le funzioni non più sostenibili per il paziente, causa difficoltà organizzative e logistiche ma anche psicologiche, emotive e relazionali ed ai caregiver viene richiesto un notevole impegno fisico al quale si aggiunge un coinvolgimento emotivo ed il bisogno di conoscenza riguardo a tutto ciò che concerne la malattia e l'adeguatezza dei loro compiti assistenziali.

Art. 5

Destinatari di cui alla lettera B)

Interventi funzionali all'acquisizione di autonomie rivolti a minori con gravissima disabilità

Per i destinatari di cui alla lettera B è previsto un Sostegno economico in favore di minori con gravissima disabilità per la frequenza di corsi funzionali all'acquisizione di autonomie: in particolare, percorsi per all'apprendimento di competenze personali e/o sociali, orientamento e mobilità e di capacità necessarie a favorire l'autonomia comunicativa-relazionale.

I pazienti devono essere in possesso di certificazione rilasciata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92, di documentazione clinica specialistica, del programma e del preventivo del corso che intendono frequentare.

Il PAI che deve prevedere sia gli interventi sociali e sanitari, redatto congiuntamente dall'assistente sociale dell'ATS e dal personale sanitario del distretto sanitario competente, è formulato per i minori disabili sulla base delle valutazioni dei genitori, degli insegnanti, del pediatra o del medico di medicina generale e degli specialisti che li hanno in cura. Il piano assistenziale deve indicare chiaramente il corso che il minore dovrà frequentare, la durata, il costo, i benefici che si intendono raggiungere ed inoltre deve contemplare azioni utili alla fruizione delle risorse istituzionali, delle occasioni di svago, studio e socialità presenti sul territorio allo scopo di agevolare l'integrazione scolastica e sociale e scongiurare fenomeni di esclusione e isolamento.

I corsi, preventivamente autorizzati, sono rimborsati fino all'importo massimo di € 8.000,00, comprensivo di IVA. In caso di costo superiore, il beneficiario deve farsi carico della parte di spesa non riconosciuta.

Art. 6

Destinatari di cui alla lettera C)

Realizzazione di attività sperimentali rivolte agli utenti dei Centri Socio Educativi

Per i destinatari di cui alla lettera C è previsto un sostegno economico per il rimborso delle spese sostenute per il trasporto, presso i Centri Socio Educativi Diurni provinciali regolarmente

autorizzati/accreditati, per la realizzazione di attività sperimentali finalizzate al mantenimento delle capacità residue ed all'acquisizione di maggiori livelli di autonomia rivolte a soggetti con grave disabilità che hanno terminato il percorso scolastico e che frequentano la struttura.

Art. 7 Modalità di presentazione della domanda

L'istanza di ammissione al Programma deve essere redatta utilizzando esclusivamente gli appositi modelli, rispettivamente per la lettera A (allegato 1), per la lettera B (allegato 2), per la lettera C (allegato 14), allegati al presente Avviso Pubblico, emanato dall'ATS di Agnone (IS), avendo cura di produrre unitamente la certificazione richiesta.

Per i malati di SLA e della SMA è previsto uno specifico modello di domanda (allegato 15).

Tali modelli saranno disponibili presso gli Uffici di Cittadinanza dei Comuni facenti parte dell'Ambito Territoriale Sociale di Agnone, nonché scaricabili dal sito istituzionale del Comune capofila dell'Ambito Territoriale Sociale di Agnone: www.comune.agnone.is.it e sul sito dell'Ambito www.ambitoagnone.it.

La domanda dovrà essere inviata ALL'ATS DI AGNONE all'indirizzo: "Ufficio di Piano – Largo Dante Alighieri, n. 51 – 86081 Agnone (IS)" nelle seguenti modalità:

1. inoltrata a mezzo raccomandata A/R utilizzando una busta chiusa che riporti la seguente dicitura: "Domanda di ammissione al Programma Regionale FNA Annualità 2020" (non farà fede il timbro postale, ma la data di ricevimento a pena di inammissibilità);
2. inoltrata a mezzo PEC dell'Ambito Territoriale Sociale di Agnone al seguente indirizzo: ambitoagnone@pec.it;
3. consegnata a mano all'Ambito Territoriale Sociale di Agnone o per il tramite degli sportelli di cittadinanza del Comune di residenza del beneficiario, Comuni comunque facenti parte dell'Ambito Territoriale Sociale di Agnone di seguito riportati: Agnone, Belmonte del Sannio, Capracotta, Carovilli, Castel del Giudice, Castelverrino, Pescopennataro, Pietrabbondante, Poggio Sannita, San Pietro Avellana, Sant'Angelo del Pesco, Vastogirardi.

(In tale ultimo caso, al fine di evitare possibili assembramenti vietati in relazione al virus COVID-19, si chiede di non recarsi direttamente presso codesti uffici, ma di contattare preventivamente l'Ambito Territoriale Sociale di Agnone al seguente numero **0865/77369** per fissare un appuntamento).

Il personale dell'ATS è contattabile dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.30.

Le istanze di ammissione al Programma dovranno essere presentate dal 28 Gennaio 2022 ed entro e non oltre le ore 12.00 del 28 Febbraio 2022, secondo una delle suddette modalità.

L'Ambito Territoriale Sociale di Agnone ed i Comuni appartenenti allo stesso non si assumono la responsabilità di eventuali disservizi postali o telegrafici ovvero eventuali disservizi imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Alla domanda dovranno essere allegati, pena l'esclusione:

- **Per i destinatari di cui alla lettera A:**

- copia dei documento d'identità in corso di validità del paziente e del suo care giver;
- copia del verbale della Commissione medica di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 18 dell'11/02/1980 e ss.mm.ii.;
- scala di valutazione, per coloro che rientrano in una delle patologie di cui alle lettere: a), c), d) e) ed h), debitamente firmata e datata (la cui data non potrà essere antecedente a mesi 6 dalla pubblicazione dell'avviso) e con l'apposizione del timbro del medico certificatore.
Dette scale, i cui modelli sono allegati all'Avviso, devono essere compilate dal Medico di Medicina Generale sulla base della documentazione specialistica in possesso del paziente ovvero dal Medico specialista del SSN (operante presso struttura pubblica o accreditata);
- certificazione, per coloro che rientrano in una delle patologie di cui alle lettere: b), f), g) ed i), attestante la gravità della patologia di appartenenza. Per la patologia di cui alla lett. i) la valutazione dovrà tenere conto dei domini indicati nell'allegato 2 al Decreto interministeriale del 26 settembre 2016; dette certificazioni dovranno essere effettuate dal MMG con specifica attestazione di aver preso visione di tutta la documentazione sanitaria specialistica in possesso del paziente;
- certificazione ISEE 2022 previsto per le prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria (art. 6 del DPCM 159/2013). **L'ammissibilità è condizionata ad un valore ISEE 2022 inferiore ad euro 50 mila accresciuta ad euro 65 mila in caso di beneficiari minorenni.** Nel caso di impossibilità a produrre l'attestazione ISEE 2022 al momento di presentazione della domanda, il richiedente dovrà integrarla, a pena di esclusione, entro e non oltre 30 giorni dalla scadenza del termine di presentazione delle domande.

E' possibile inoltrare richiesta per un solo intervento previsto per i destinatari lettera A) del Programma, valutando l'esigenza prevalente e scegliendo l'azione più adeguata alle necessità del paziente.

Le istanze che hanno vizi formali ad eccezione di quelle che presentano carenze di carattere sanitario (certificazioni mediche, scale di valutazione, punteggi, ecc.) devono essere trattate sulla base delle regole del soccorso istruttorio.

• **Per i destinatari di cui alla lettera B:**

- copia del documento d'identità in corso di validità del richiedente, genitore o chi esercita la tutela;
- copia del certificato di disabilità gravissima, art. 3 comma 3 della L. 104/'92;
- progetto per l'acquisizione dell'autonomia datato e sottoscritto dal legale rappresentante dell'Ente di Terzo settore o dal professionista che lo ha redatto.

Il genitore del minore, o in assenza, chi ne esercita la tutela, può fare richiesta solo nel caso non abbia prodotto istanza di cui alla lettera A) ed esclusivamente per un solo progetto.

Non sarà possibile inoltrare domanda in caso di mancata presentazione della certificazione attestante la spesa relativa alle pregresse annualità afferenti i precedenti programmi (ad eccezione dei progetti realizzati con il programma di cui al FNA 2018 per il primo anno, FNA 2019 per il secondo anno e FNA 2020 per il terzo anno).

I corsi sono rimborsati fino all'importo massimo di € 8.000,00 (IVA inclusa). L'eventuale spesa di importo maggiore, di quanto consentito, sarà a carico del richiedente.

Le istanze che hanno vizi formali ad eccezione di quelle che presentano carenze di carattere sanitario devono essere trattate sulla base delle regole del soccorso istruttorio.

• **Per i destinatari di cui alla lettera C:**

- copia del documento d'identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario;
- copia del certificato di disabilità gravissima, art. 3 comma 3 della L. 104/'92.

Non sarà possibile inoltrare domanda in caso di mancata presentazione della certificazione attestante la spesa relativa alle pregresse annualità afferenti i precedenti programmi (ad eccezione dei progetti realizzati con il programma di cui al FNA 2018 per il primo anno, FNA 2019 per il secondo anno e FNA 2020 per il terzo anno).

Saranno rimborsabili le spese di trasporto per i giorni effettivi di frequenza presso i CSE e dimostrabili con idonea documentazione.

Le istanze che hanno vizi formali ad eccezione di quelle che presentano carenze di carattere sanitario devono essere trattate sulla base delle regole del soccorso istruttorio.

Si ribadisce che le istanze di ammissione al Programma dovranno essere presentate dal 28 Gennaio 2022 ed entro e non oltre le ore 12.00 del 28 Febbraio 2022.

Art. 8 Irricevibilità ed inammissibilità delle domande

Le domande presentate ai sensi del presente Avviso saranno sottoposte, in via preliminare, alla verifica delle condizioni di ricevibilità e di ammissibilità per la successiva valutazione.

Sono considerate **irricevibili** le domande:

- a) pervenute o consegnate a mano precedentemente oppure oltre il termine di scadenza fissato nel presente Avviso;
- b) presentate su modulistica diversa da quella allegata;
- c) presentate secondo modalità diverse da quelle indicate all'art. 7 (es. a mezzo fax);
- d) prive della sottoscrizione a cura del beneficiario o di chi ne fa le veci;
- e) presentate da un cittadino residente in un Comune di un altro Ambito Territoriale;
- f) lettera A) e lettera B) presentate in favore dello stesso beneficiario;
- g) non correttamente compilate;

Sono considerate **inammissibili** le domande incomplete:

L'incompletezza della domanda può riferirsi:

- a) alla dichiarazione, nel caso di **caselle non barrate** che possono riguardare: le dichiarazioni in autocertificazione, il tipo di intervento richiesto, la indicazione della patologia per la quale si partecipa;
- b) alla certificazione sanitaria: compilazione di scale non conformi al bando regionale o non compilate con esattezza, secondo quanto indicato all'art. 5.

Sono, inoltre, considerate **escluse** le domande presentate da cittadini che non rientrano in nessuna delle categorie di cui all'art. 3 del presente Avviso.

Art. 9 Procedure per la valutazione

Per i destinatari di cui alla lettera A) si procederà nel modo seguente:

Al termine delle verifiche di ricevibilità ed ammissibilità delle domande pervenute, l'Ambito Territoriale Sociale convoca la Commissione di riferimento di cui al successivo art. 10 affinché prenda atto dell'istruttoria compiuta dagli uffici dell'ATS.

Non deve essere effettuata nuovamente la valutazione dei pazienti richiedenti l'inserimento nel Programma, in condizione di gravità estrema non suscettibile di miglioramento che hanno conseguito il massimo punteggio nelle precedenti valutazioni. L'ASReM procederà nella valutazione degli altri pazienti utilizzando la documentazione sanitaria di cui è in possesso, quando presente, la cui data non potrà essere antecedente a mesi 6 dalla pubblicazione dell'avviso. Trattasi, infatti in prevalenza, di persone già in carico alle strutture sanitarie dell'Azienda e assistite nelle cure domiciliari. Solo per i pazienti per i quali non è stato possibile reperire presso l'ASReM la documentazione medica necessaria si provvederà ad effettuare la visita domiciliare.

Le valutazioni circa il possesso delle condizioni di gravità che consentono l'ammissione al Programma e le priorità per l'inserimento stabilite sulla base del grado di severità, devono essere effettuate di concerto con le strutture dell'A.S.Re.M. competenti, utilizzando strumenti di indagine in uso presso i distretti sanitari o i servizi specialistici interessati. In particolare, i pazienti devono essere valutati dalle UVM distrettuali dell'Azienda Sanitaria Regionale, utilizzando le scale già adoperate dai servizi territoriali (SVAMA e SVAMA semplificata) e, ai fini della valutazione bio-psico-sociale, nella prospettiva della classificazione ICF, delle condizioni di bisogno, della situazione economica e dei supporti fornibili dalla famiglia o da chi ne fa le veci.

L'ATS attiva l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) competente per territorio, sulla base di quanto disciplinato con deliberazione di Giunta Regionale del 28 novembre 2017, n. 447 le "Linee Guida per l'accesso alla rete integrata di servizi socio sanitari e socio-assistenziali: gli strumenti operativi PUA, UVM e PAI" la quale, sulla base delle rilevazioni cliniche e sociali contenute nella SVAMA provvede a compilare la SVAMA SEMPLIFICATA. L'ammissione al Programma è consentita ai soli pazienti che conseguono un punteggio compreso tra 11 e 18. A parità di punteggio della SVAMA SEMPLIFICATA, avranno accesso ai benefici previsti dal Programma prioritariamente i pazienti "disabili gravissimi" con valore ISEE SOCIO-SANITARIO inferiore.

La Commissione procederà a formulare la graduatoria sulla base del punteggio riportato dalla scheda SVAMA semplificata (dal punteggio più alto a quello più basso) e a parità di punteggio della SVAMA semplificata sarà data precedenza agli utenti che hanno presentato un ISEE SOCIO-SANITARIO inferiore (dal valore più basso a quello più alto). In caso di ulteriore parità verrà ammesso il paziente il cui nucleo familiare risulta in condizione di maggiore fragilità, mediante la compilazione della scheda di valutazione integrativa (allegato 13, dal punteggio più alto a quello più basso).

La valutazione mediante le scale indicate all'art. 3 del decreto ministeriale 26 settembre 2016, che sancisce le condizioni che determinano il diritto a fruire dei benefici previsti e che pertanto deve essere prodotta in sede di presentazione della domanda sono di esclusiva competenza dei medici del SSN (UVM; MMG; specialisti quando necessario).

Sarà predisposto un piano personalizzato di intervento (PAI). Nella formulazione del PAI deve essere assicurata una collaborazione sinergica con le diverse professionalità mediche, specialistiche e sociali, volta a garantire la possibilità di interventi ad alto livello di complessità, eventualmente richiesti dal caso, ed a procedere ad una valutazione globale dei principali parametri della malattia.

Gli interventi e le prestazioni da assicurare devono essere garantiti con la massima flessibilità in funzione anche delle esigenze del nucleo familiare della persona con disabilità gravissime.

Al termine delle verifiche di ricevibilità ed ammissibilità delle domande pervenute, l'Ambito Territoriale Sociale convoca la Commissione di riferimento di cui al successivo art. 10 **per la valutazione delle istanze di cui alla lett. B)** attenendosi ai seguenti criteri:

- strutturazione del percorso di realizzazione;
- integrazione con le attività già svolte dal minore;
- valutazione specialistica del metodo utilizzato nel progetto ed appropriatezza riguardo alle problematiche del minore;
- coinvolgimento dei genitori, degli insegnanti, dei pediatri e/o medici specialisti;
- professionalità certificata del formatore nella specifica attività;
- corrispondenza tra il costo, l'attività prevista ed i professionisti impegnati;
- continuità con percorsi formativi già frequentati dal minore.

Il punteggio per ogni voce è compreso tra 0 e 5:

0 inadeguato; 1 scarso; 2 sufficiente; 3 discreto; 4 buono; 5 ottimo.

Per i destinatari di cui alla lettera C si procederà nel modo seguente:

Al termine delle verifiche di ricevibilità ed ammissibilità delle domande pervenute, l'Ambito Territoriale Sociale convoca la Commissione di riferimento di cui al successivo art. 10 **per la valutazione delle istanze di cui alla lett. C).**

La Commissione:

- verifica la documentazione presentata;
- riconosce, per ciascun richiedente, un rimborso chilometrico in proporzione alla distanza tra il centro del Comune di residenza della persona beneficiaria e il CSE frequentato, alle richieste pervenute e alle risorse assegnate all'ATS.

Art. 10 Compiti specifici della Commissione di riferimento

Al termine della scadenza del presente Avviso, l'Ambito Territoriale Sociale, con provvedimento dirigenziale, nomina la Commissione di riferimento composta: dal Coordinatore dell'Ambito Territoriale Sociale, da un'Assistente sociale dell'Ambito Territoriale Sociale, dal direttore del Distretto Sanitario, da un medico dell'UVM distrettuale.

Per le domande rientranti nella lett. A), la Commissione:

- prende atto del numero di istanze pervenute;
- prende atto delle istanze irricevibili e quelle inammissibili;
- stabilisce quali, tra i pazienti che hanno inoltrato istanza, necessitano di visita domiciliare (socio-sanitaria), alla luce di quanto precisato all'articolo 7;
- al termine delle valutazioni, effettuate nelle modalità di cui all'articolo 7, redige la graduatoria e ripartisce le risorse assegnate dalla Regione sulle relative voci di costo.

Per le domande rientranti nella lett. B), la Commissione:

- prende atto del numero di istanze pervenute;
- verifica le istanze irricevibili e quelle inammissibili;
- valuta i progetti allegati alla domanda sulla base dei criteri fissati all'art. 8;

➤ redige la graduatoria e ripartisce le risorse assegnate dalla Regione su tale voce di costo.

Per le domande rientranti nella lett. C), la Commissione:

- prende atto del numero di istanze pervenute;
- verifica le istanze irricevibili e quelle inammissibili;
- redige la graduatoria secondo i criteri indicati nel presente Avviso e ripartisce le risorse assegnate dalla Regione su tale voce di costo.

N.B. L'AMMISSIONE DEI RICHIEDENTI AVENTI TITOLO AI BENEFICI ASSISTENZIALI PREVISTI DAL PROGRAMMA AVERRÀ FINO ALLA CONCORRENZA MASSIMA DELLE RISORSE DISPONIBILI.

Art. 11 Procedure per l'erogazione dei benefici – Liquidazione

In seguito all'approvazione da parte della competente Commissione, di cui all'art. 9, e solo dopo l'erogazione delle somme da parte della Regione Molise, l'ATS:

- Per i pazienti di cui alla lettera A e persone affette da SLA e SMA, provvederà alla liquidazione con cadenza trimestrale in favore del beneficiario previa verifica della permanenza al domicilio e esistenza in vita;
- Per i pazienti di cui alla lettera A, richiedenti il contributo economico di 400 euro mensili si provvederà alla liquidazione con cadenza trimestrale in favore del beneficiario previa verifica della permanenza al domicilio e esistenza in vita;
- Per i pazienti di cui alla lettera A, richiedenti l'erogazione del sostegno economico per la contrattualizzazione, direttamente dalla famiglia, di personale qualificato, si provvederà alla liquidazione con cadenza trimestrale in favore del care giver, previa verifica della documentazione inerente la contrattualizzazione del personale e della spesa sostenuta;
- Per i pazienti di cui alla lettera A, richiedenti i ricoveri di sollievo, l'80% del costo riconosciuto verrà liquidato a titolo di anticipazione e il 20% a saldo, previa acquisizione della documentazione comprovante la spesa sostenuta;
- Per i pazienti di cui alla lettera A, richiedente le azioni di supporto individuali il costo verrà liquidato a saldo previa acquisizione della documentazione comprovante la spesa sostenuta.

Gli interventi di cui alla lettera A sono compatibili con la frequenza dei CSE diurni.

- Per i pazienti di cui alla **lettera B**, provvederà a liquidare alla famiglia beneficiaria, a titolo di anticipazione, l'80% del costo del corso e il 20% a saldo, solo dopo aver acquisito la documentazione economica probante della spesa sostenuta per l'intero corso ed una dettagliata relazione sull'attività svolta ed i benefici raggiunti.
- Per i pazienti di cui alla **lettera C**, il rimborso per le spese di trasporto verrà liquidato a saldo, previa acquisizione della documentazione comprovante la spesa sostenuta;

Art. 12 Rinvio

Per tutto quanto non espressamente previsto nel presente Avviso si rinvia a quanto disciplinato nel *Programma regionale per la non autosufficienza e nel Disciplinare per la realizzazione del Programma regionale per la non autosufficienza "FNA 2019-2021 – Interventi rivolti a persone con disabilità grave e gravissima assistite a domicilio"* approvati con D.G.R. n. 79 del 06 marzo 2020 e a quanto previsto nella Determinazione Dirigenziale della Regione Molise n. 7405 del 03/12/2021.

Art. 13 Trattamento dei dati personali

I dati personali, conferiti ai fini della partecipazione al presente Avviso, saranno raccolti e trattati nell'ambito del relativo procedimento amministrativo, nel rispetto del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i. nonché del Regolamento UE n. 2016/679.

Art. 14 Responsabile del procedimento

Il Responsabile del procedimento è il Responsabile dell'Ufficio di Piano.

Art. 15 Informazioni

Sarà possibile rivolgersi per qualsiasi informazione presso gli uffici dell'Ambito Territoriale Sociale Agnone - Ufficio di Piano, siti in Agnone (IS) Largo Dante Alighieri, n. 51 contattando i seguenti recapiti: tel/fax: 0865/77369 – e-mail: info@ambitoagnone.it. o altrimenti recandosi presso uno dei codesti uffici.

Al fine di evitare possibili assembramenti vietati in relazione al virus COVID-19, si chiede di non recarsi direttamente presso gli uffici predetti, ma di contattare preventivamente l'ATS di Agnone al seguente numero 0865/77369 per fissare un appuntamento.

Il personale dell'ATS è contattabile dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.30.

Agnone, lì 27 Gennaio 2022

**Il Coordinatore e Responsabile dell'Ufficio di Piano
Dr. Antonio MELONE**