



Giunta Regionale della Campania

Decreto

Dipartimento:

GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

N°	Del	Dipart.	Direzione G.	Unità O.D.
223	01/07/2019	50	5	0

Oggetto:

Programma Regionale di Assegni di Cura ex D.M. 26/9/2016.

Dichiarazione di conformità della copia cartacea:

Il presente documento, ai sensi del D.Lgs.vo 82/2005 e successive modificazioni è copia conforme cartacea del provvedimento originale in formato elettronico, firmato elettronicamente, conservato in banca dati della Regione Campania.

Estremi elettronici del documento:

Documento Primario : 01FD3F9CB8B77739BADE2D20E5153A2272702938

Allegato nr. 1 : 4408BEC978FE6E7DCE2D7A8100D37C97BF9D8C93

Allegato nr. 2 : EC3C8CFB8232F78618B302200888AC667FDB126A

Allegato nr. 3 : AADA3745861368843366121803F4DA538FF54EA6

Allegato nr. 4 : BA08C06DA2DCD3A5DEA03AAB472AD3BC4EF9A9F3

Allegato nr. 5 : CB480CED56417E208DD5C3CE42425BE326DDD632

Allegato nr. 6 : 6F26FC68BEF28DD5874B967C96D85B36504FA56D

Frontespizio Allegato : 1B08B8A401ABE88590D47DB00107678E72B7E4E4



Giunta Regionale della Campania

DECRETO DIRIGENZIALE

DIRETTORE GENERALE/
DIRIGENTE UFFICIO/STRUTTURA

dott.ssa Caragliano Fortunata

DIRIGENTE UNITA' OPERATIVA DIR. /
DIRIGENTE STAFF

DECRETO N°	DEL	DIREZ. GENERALE / UFFICIO / STRUTT.	UOD / STAFF
223	01/07/2019	5	0

Oggetto:

Programma Regionale di Assegni di Cura ex D.M. 26/9/2016.

	Data registrazione	
	Data comunicazione al Presidente o Assessore al ramo	
	Data dell'invio al B.U.R.C.	
	Data invio alla Dir. Generale per le Risorse Finanziarie (Entrate e Bilancio)	
	Data invio alla Dir. Generale per le Risorse Strumentali (Sist. Informativi)	

IL DIRIGENTE

PREMESSO che

- a. la L.R. 11/2007 "*Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328*" la Regione Campania ha dato attuazione alla potestà legislativa regionale in materia di politiche sociali, prevista dall'art. 118 della Costituzione;
- b. che l'articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)", al fine di garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti, istituisce presso il Ministero delle solidarietà sociale un fondo denominato Fondo per le Non Autosufficienze;
- c. la Regione Campania con D.D. 261 del 18/7/2016 ha approvato un Programma Regionale di Assegni di cura per disabili gravissimi e gravi, destinando alla sua realizzazione il Fondo per le Non Autosufficienze e fornendo indicazioni agli Ambiti Territoriali per l' ammissione dei richiedenti agli assegni di cura e la predisposizione di progetti di Ambito;
- d. con DGR n. 897 del 28/12/2018 é stato approvato il IV Piano Sociale Regionale 2019-2012;

CONSIDERATO che

- a. Il D.D. 261/2016 " Programma regionale di Assegni di cura.." :
 - subordinava l'erogazione degli assegni alla valutazione sociosanitaria dei richiedenti e alla previsione di Piani Assistenziali di Cure Domiciliari da parte delle Unità di Valutazione Integrata U.V.I. istituite presso i Distretti Sanitari
 - individuava nella scala Barthel e relativo punteggio lo strumento di valutazione specifico per l'ammissione agli assegni di cura , per la distinzione tra disabili gravi e disabili gravissimi e per la definizione di quote diverse di assegno mensile commisurate al livello di intensità assistenziale;
- b. il Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26/9/2016 (G.U. 30/11/2016) "*Ripartizione delle risorse finanziarie affluenti al Fondo per le non autosufficienze, per l'anno 2016*", approvava all'art. 3 comma 2 una nuova definizione di "disabilità gravissima" ed una serie di scale di valutazione e relativi punteggi distinte per le varie patologie e riportate in Allegato1, utili alla valutazione delle persone non autosufficienti ed alla individuazione del numero di disabili gravissimi;
- c. con Decreto n. 132 del 7/5/2018, concernente la programmazione del F.N.A. 2017, si era già provveduto a rettificare parte delle indicazioni fornite con il Decreto 261/2016 al fine di dare esecuzione alla Sentenza del TAR Campania. n. 57/2017 e di recepire gli esiti della concertazione con le principali associazioni di tutela delle persone con disabilità;

PRESO ATTO

- a) delle riunioni di concertazione svoltesi con le associazioni di tutela delle persone con disabilità nel corso delle quali si é convenuto sulla necessità di riformulare i criteri di accesso e valutazione delle persone non autosufficienti in recepimento dei criteri previsti dal D.M. 26/9/2016 ;

RILEVATO che si rende necessario

- a. recepire la definizione di "Disabilità gravissima" adottata dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con D.M. 26/9/2016 all'art. 3 e le relative scale di valutazione riportate all'All. 1 per la rilevazione dei disabili gravissimi;
- b. approvare il nuovo "Programma Regionale di Assegni di Cura per disabili gravissimi e gravi" (Allegato A) e le correlate scale di valutazione (All. A1 e A2) in allegato al presente atto che ne costituiscono parte integrante e sostanziale;
- c. destinare al finanziamento del presente Programma Regionale le risorse del F.N.A. secondo le quote di riparto nazionale che si renderanno periodicamente disponibili sul cap. 7870 assegnato alla Direzione Generale Politiche Sociali;
- d. prevedere che per l'ammissione al finanziamento gli enti capofila di Ambito Territoriale presentino progetti di Ambito secondo le indicazioni del presente programma e utilizzando la modulistica allegata, a partire da 30 giorni dalla data di pubblicazione sul BURC;
- e. approvare la modulistica per la presentazione dei progetti di Ambito Territoriale e l'ammissione a finanziamento (Allegato B) parte integrante e sostanziale del presente atto.
- f. prevedere che il riparto, l'impegno e la liquidazione delle risorse del FNA avvenga, a seguito dell'istruttoria dei Progetti di Ambito, sulla base del numero di utenti programmati e delle relative quote previste, fino ad esaurimento delle stesse risorse.
- g. prevedere che il Programma Regionale di assegni di cura sia cofinanziato dai Comuni capofila e dai Consorzi delle Politiche Sociali degli Ambiti Territoriali attraverso i Piani Sociali di Zona ex L.R. 11/2007 a partire dalla I annualità del IV Piano Sociale Regionale ;
- h. rinviare a successivi atti: il riparto, l'impegno e la liquidazione delle risorse del FNA destinate alla realizzazione del presente Programma Regionale;
- i. Prevedere che i progetti di Ambito Territoriale ammessi a finanziamento siano sottoposti a monitoraggio;

VISTI

1. la normativa, nonché le deliberazioni ed i decreti dirigenziali indicati in premesso;
2. il D.Lgs. n. 118 del 23 giugno 2011;
3. il D.P.C.M. 28 dicembre 2011;
4. il D.Lgs 126 del 10 agosto 2014;
5. la L.R. n. 37 del 05 dicembre 2017 – Principi e strumenti della programmazione ai fini dell'ordinamento contabile regionale;
6. il Regolamento Regionale n. 5 del 7/6/2018 – regolamento di contabilità regionale in attuazione dell'articolo 10 della L.R. n. 37 del 5/12/2017-;
7. la L.R. n. 60 del 29 dicembre 2018 - Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione per il triennio 2019 - 2021 della Regione Campania - Legge di stabilità 2019;
8. la L.R. n. 61 del 29 dicembre 2018 - Bilancio di previsione finanziario per il triennio 2019 -2021 della Regione Campania;
9. la D.G.R. n. 5 del 8/1/2019 - Approvazione del Documento tecnico di accompagnamento al Bilancio di Previsione Finanziario per il triennio 2019-2021;
10. la D.G.R. n. 25 del 22/1/2019 – Approvazione del Bilancio Gestionale 2019-2021. Indicazioni gestionali;
11. la D.G.R. n. 551 del 4/9/2018 che dispone il conferimento dell'incarico alla dott.ssa Fortunata Caragliano di Direttore Generale per le Politiche Sociali e Socio-Sanitarie;
12. il D.P.G.R. n. 141 del 5/9/2018 di conferimento dell'incarico alla dott.ssa Fortunata Caragliano di Direttore Generale per le Politiche Sociali e Socio-Sanitarie;

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dagli uffici dello Staff 91 della Direzione Generale per le Politiche sociali e socio-sanitarie, nonché dall'espressa dichiarazione di regolarità resa dal Dirigente della medesima Direzione;

DECRETA di

1. **Recepire** la definizione di "Disabilità gravissima" adottata dal Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali con D.M. 26/9/2016 all'art. 3 e le relative scale di valutazione riportate all'All. 1 per la rilevazione dei disabili gravissimi.
2. **Approvare** il "Programma Regionale di Assegni di Cura per disabili gravissimi e gravi" ,(Allegato A) e le correlate scale di valutazione (All. A1 e A2) in allegato al presente atto che ne costituiscono parte integrante e sostanziale;
3. **Destinare** al finanziamento del presente Programma Regionale le risorse del F.N.A., in base alle quote di riparto nazionale che si renderanno periodicamente disponibili sul cap. 7870 assegnato alla Direzione Generale Politiche Sociali ;
4. **Disporre** che per l'ammissione a finanziamento i Comuni capofila / Consorzi degli Ambiti Territoriali presentino progetti di Ambito secondo le indicazioni del presente programma, utilizzando la modulistica allegata, a partire da 30 giorni dalla data di pubblicazione sul BURC.
5. **Approvare** la modulistica per la presentazione dei progetti di Ambito Territoriale e l'ammissione a finanziamento (Allegato B) parte integrante e sostanziale del presente atto.
6. **Disporre** che il riparto, l'impegno e la liquidazione delle risorse del FNA avvenga, a seguito dell'istruttoria dei Progetti di Ambito, sulla base del numero di utenti programmati e delle relative quote previste, fino ad esaurimento delle stesse risorse.
7. **Prevedere** che il Programma Regionale di assegni di cura sia cofinanziato dai Comuni capofila e dai Consorzi delle Politiche Sociali degli Ambiti Territoriali attraverso i Piani Sociali di Zona ex L.R. 11/2007 e DGR n.897/2018, a partire dalla I annuità del IV Piano Sociale Regionale.
8. **Rinviare** a successivi atti : il riparto, l'impegno e la liquidazione delle risorse del FNA destinate alla realizzazione del presente Programma Regionale.
9. **Prevedere** che i progetti di Ambito Territoriale ammessi a finanziamento siano sottoposti a monitoraggio.
10. **Inviare** copia del presente atto:
11. - alla Segreteria di Giunta - Registrazione Atti Monocratici - Archiviazione Decreti Dirigenziali;
12. - al B.U.R.C. per la pubblicazione;

PROGRAMMA REGIONALE DI ASSEGNI DI CURA per disabili gravissimi e disabili gravi

1. FINALITA' DEL PROGRAMMA REGIONALE

La Regione promuove un Programma di Assegni di Cura per favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti in condizioni di disabilità grave e gravissima (ex art. 3 del D.M. 26/9/2016), che necessitano di assistenza continua 24 ore al giorno e per sostenere i loro familiari nel carico di cura.

2. TIPOLOGIA DELL'INTERVENTO

Gli assegni di cura sono contributi economici onnicomprensivi erogati dall'Ambito Territoriale in favore di persone non autosufficienti in condizioni di disabilità gravissima e grave assistite a domicilio e costituiscono un titolo di riconoscimento delle prestazioni di assistenza tutelare svolte dai familiari, e/o dagli assistenti familiari a contratto, in sostituzione delle prestazioni professionali erogate dagli Operatori Socio Sanitari.

L'intervento persegue i seguenti obiettivi specifici:

- favorire la permanenza a domicilio dei non autosufficienti anche in condizioni di disabilità gravissima;
- assicurare un sostegno economico adeguato alle famiglie che hanno assunto il carico di cura, quando siano anche in condizioni di difficoltà economica;
- contrastare le situazioni di indigenza economica derivante dagli oneri per la cura di una persona in condizioni di disabilità;
- favorire il rientro a domicilio, anche temporaneo, di persone in condizioni di disabilità ricoverate presso strutture sociosanitarie.

Gli assegni di cura concorrono alla realizzazione dei progetti sociosanitari/P.A.I. di "Cure Domiciliari" ex D.G.R. n. 41/2011, che sono definiti dalle U.V.I. distrettuali sulla base di una valutazione multidimensionale del bisogno assistenziale. Sostituiscono le ore di prestazioni di "assistenza tutelare ed aiuto infermieristico" garantite dall'oss di competenza dell'Ambito Territoriale e costituiscono la quota di spesa sociale dei piani di assistenza individualizzati/P.A.I. delle Cure Domiciliari Integrate.

Sono nel contempo aggiuntivi e complementari a ogni altra prestazione o intervento a carattere esclusivamente sociale erogata dai Comuni dell'Ambito per una presa in carico globale dell'assistito e della sua famiglia, come ad es.: il trasporto, il segretariato sociale ecc. Sono aggiuntivi anche delle prestazioni sociali erogate direttamente dall'INPS e dal Ministero delle Politiche Sociali.

L'assegno è cumulabile con pensioni, indennità di accompagnamento ed ogni altro assegno o emolumento riconosciuto con carattere previdenziale e/o assicurativo. Non è cumulabile con altre misure di sostegno al reddito erogate dagli Ambiti per i non autosufficienti né con voucher per l'assunzione di badanti.

2.1 L'importo dell'assegno di cura è fissato in due quote mensili distinte tra gravissimi e gravi:

- € 1.200,00 mensili per tutte le persone con disabilità gravissima valutate dalle U.V.I. attraverso le schede di valutazione approvate con D.M. 26/9/2016 All. 1 e 2 , indipendentemente dal tipo di patologia;
- € 600,00 mensili per tutte le persone con disabilità grave valutate dalle UVI attraverso la scheda Barthel e che hanno riportato un punteggio minimo di 55.

Intestatario dell'assegno è la persona non autosufficiente. E' essenziale che la U.V.I. individui nel progetto sociosanitario/P.A.I. un familiare di riferimento che assume la responsabilità della gestione delle prestazioni assistenziali programmate dalla U.V.I. in sostituzione degli O.S.S., affinché siano erogate nei modi e nei tempi prescritti.

L'assegno può essere intestato al familiare individuato dalla U.V.I. nel caso in cui sia stato nominato dal Tribunale "amministratore di sostegno" o "tutore giuridico".

I beneficiari sono esentati dalla quota di compartecipazione al costo delle prestazioni sociosanitarie prevista con Decreto Commissariale n. 6/2010 e successive modifiche e integrazioni.

2.2 L'assegno ha una durata di 12 mesi continuativi ed è erogato mediante bonifico bancario con cadenza bimestrale a partire dalla data di valutazione da parte dell'U.V.I.; può essere prorogato oltre i 12 mesi, in base alle disponibilità finanziarie dell'Ambito Territoriale e per una durata in mesi compatibile con tale disponibilità.

Al termine del periodo di erogazione deve essere immediatamente sostituito con le ore di prestazioni di assistenza domiciliare erogate dagli Operatori SocioSanitari, per la quota di competenza dell'Ambito Territoriale, per garantire la continuità assistenziale del P.A.I. di Cure Domiciliari.

Qualora l'utente necessiti di un periodo di ricovero è tenuto a darne tempestiva comunicazione al Comune capofila dell'Ambito Territoriale. L'erogazione dell'assegno di cura non è sospesa se tale periodo non supera i 30 giorni. Oltre tale termine, il Comune Capofila dispone la sospensione dell'assegno, che potrà essere riattivato in ogni caso solo al rientro a domicilio.

In caso di decesso, il Comune capofila dispone l'interruzione dell'assegno a partire dal mese successivo al decesso. I familiari del deceduto non hanno alcun titolo di diritto sull'assegno.

3. BENEFICIARI

Accedono agli assegni di cura del presente Programma le persone non autosufficienti in condizione di "disabilità gravissima" o di "disabilità grave" residenti nell'Ambito Territoriale e per le quali le U.V.I. distrettuali abbiano già effettuato una valutazione e redatto un progetto sociosanitario/P.A.I. di "Cure Domiciliari". Sono esclusi coloro che usufruiscono di servizi semiresidenziali e residenziali sia sociosanitari che socioassistenziali.

3.1 Gravissimi

Per persone in condizioni di disabilità gravissima, ai sensi del Decreto Ministeriale del 26/9/2016 art. 3, s'intendono le persone "beneficarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988", oppure "definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013", di qualsiasi età 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, valutate con la scala, tra le seguenti, appropriata in relazione alla patologia: *Medical Research Council* (MRC) con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti, *Expanded Disability Status Scale* (EDSS) con punteggio alla ≥ 9 , *Hoehne Yahrmod* in stadio 5
- 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.

Le condizioni di *disabilità gravissima* sono individuate dal medico specialista della U.V.I. attraverso la somministrazione delle scale di valutazione indicate nell'Allegato 1 Decreto del 26/9/2016 (e riportate nell' Allegato A1 del presente programma), assumendo i punteggi /parametri fissati all'art.3 comma 2 sopra riportati.

Per le persone di cui alla lettera i) rilevano i criteri indicati nell'Allegato 2 del Decreto FNA 2016, opportunamente integrati e riportati nell' Allegato A2 del presente programma.

3.2 GRAVI

Per persone in condizione di Disabilità grave s'intendono coloro che abbiano ricevuto ai sensi della L. 104/92 la valutazione con connotazione di gravità da parte della Commissione Medica della ASL e che siano titolari di indennità di accompagnamento.

Possono beneficiare di assegno di cura i disabili gravi per i quali, a seguito di valutazione multidimensionale effettuata dalle UVI con le schede S.V.M.A e S.VA.M.Di, risulti un punteggio dell'Indice Barthel non inferiore a 55 e che siano stati inclusi in un P.A.I. di Cure Domiciliari.

4.PROCEDURE DI ACCESSO

Le persone interessate o un loro familiare di riferimento presentano domanda ai Servizi Sociali dell'Ambito Territoriale.

L'assistente sociale dell'Ambito effettua una decodifica della domanda di assegno di cura per definirne l'appropriatezza attraverso una valutazione delle condizioni sociali del richiedente e del suo contesto familiare, abitativo, economico etc.. anche mediante visita domiciliare e acquisizione delle informazioni e delle certificazioni necessarie.

Nel caso in cui rilevi una condizione di fragilità prevalentemente sociale, propone al richiedente uno dei molteplici servizi sociali offerti dall'Ambito Territoriale come ad es. un progetto di vita indipendente, di tutoraggio familiare, di assistenza domiciliare sociale o di accoglienza in una struttura sociale, avviando le procedure per l'attivazione del servizio più opportuno e la presa in carico sociale.

Nel caso in cui l'assistente sociale rilevi un "bisogno sociosanitario complesso" (cfr. DGR 41/2011) che richiede una presa in carico congiunta tra Distretto Sanitario e Ambito Territoriale, e ritenga che l'assegno di cura possa effettivamente essere la modalità più appropriata d'intervento, attiva la procedura per il percorso sociosanitario di accesso e valutazione ex DGR 412/2011. In accordo con il Coordinatore dell'Ufficio di Piano trasmette quindi la scheda di valutazione sociale ed eventuale documentazione al Distretto Sanitario per chiedere una valutazione multidimensionale a cura della UVI e la predisposizione di un progetto sociosanitario di Cure Domiciliari.

In entrambi i casi è responsabilità dell'assistente sociale la redazione di un progetto personalizzato sociale e la presa in carico della persona con disabilità per la parte degli interventi sociali. Tale adempimento va svolto entro il termine di 30 giorni. Nel progetto

personalizzato di assegni di cura sono indicati i seguenti dati : inizio e termine del progetto, quota dell'assegno di cura, modalità del pagamento, familiare di riferimento della persona con disabilità che ne cura l'assistenza oppure l'assistente familiare assunto a contratto.

In caso di criticità nell'attivazione del percorso sociosanitario di valutazione, l'assistente sociale, in accordo con il Coordinatore dell'Ufficio di Piano può anche attivare una procedura semplificata per l'accesso agli assegni di cura, come indicato al paragr. 7.1

5. CRITERI DI ACCESSO AL PROGRAMMA

L'accesso al programma si esplica secondo le procedure, la tempistica e la modulistica già adottati congiuntamente da Ambito Territoriale e Distretto Sanitario con Regolamento P.U.A. e U.V.I. e con Protocollo d'Intesa per le Cure Domiciliari ai sensi della L.R. 11/2007, della D.G.R.C. n. 41/2011 e D.C.A. n. 1/2013.

L'ammissione dei richiedenti agli assegni di cura o la prosecuzione dell'intervento per coloro che ne hanno già beneficiato nelle precedenti programmazioni si esplicita secondo **le seguenti priorità fino ad esaurimento delle risorse disponibili**:

- a) connotazione di disabilità gravissima e punteggio più elevato a partire dai punteggi/parametri fissati all'art. 3 del D.M. 26/9/2016
 - a.1) a parità di punteggio si valutano le condizioni sociali ed economiche della persona interessata attraverso la Scheda di Valutazione Sociale (all. C SVAMA e SVAMD I) e l'ISEE sociosanitario
- b) connotazione di disabilità grave accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 L.104/92, e punteggio più elevato della scala Barthel a partire da 55;
 - b.1) a parità di punteggio si valutano le condizioni sociali ed economiche e della persona interessata attraverso la Scheda di Valutazione Sociale (all. C SVAMA e SVAMD I) e l'ISEE sociosanitario

Hanno pari diritto di accesso sia gli utenti già presi in carico nelle Cure Domiciliari, con o senza assegno di cura, sia i nuovi richiedenti .

La conferma e prosecuzione degli assegni di cura per coloro che ne hanno già usufruito nelle precedenti programmazioni regionali, si esplica secondo le secondo modalità:

- a) gli utenti ammessi ex D.D. 261/2016 con punteggio Barthel devono essere rivalutati dalla UVI con le scale ex D.M. 26/9/2016 per verificare se rientrano nella connotazione di disabilità gravissima secondo i punteggi previsti dal suddetto Decreto;
- b) gli utenti che ne hanno beneficiato pur in assenza di una valutazione delle condizioni economiche devono presentare l'ISEE sociosanitario ed essere rivalutati dall'assistente sociale dell'Ambito .

La prosecuzione degli assegni di cura oltre i primi 12 mesi avviene in via automatica ed in base alla disponibilità finanziaria dell'Ambito Territoriale, senza ricorrere ad ulteriori rivalutazioni.

6. FINANZIAMENTO DEL PROGRAMMA

Per la realizzazione del Programma Assegni di Cura la Regione destina periodicamente ai Comuni capofila e ai Consorzi di Ambito Territoriale risorse vincolate a carico del FONDO NON AUTOSUFFICIENZE per la realizzazione di progetti di ambito di CURE DOMICILIARI congiuntamente programmati con i Distretti Sanitari di competenza e finalizzati a sostenere,

mediante assegni di cura, le famiglie che abbiano in carico una persona non autosufficiente con disabilità grave e gravissima.

La programmazione delle risorse del FNA é svincolata dalla tempistica e dalle procedure del Piano Sociale di Zona.

Il Fondo Non Autosufficienze può essere integrato dai Comuni/ Consorzi di Ambito Territoriale con risorse programmate nel Piano Sociale di Zona a valere sul Fondo Unico di Ambito.

7. CRITERI DI PROGRAMMAZIONE E PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DI AMBITO

Per accedere al finanziamento del FNA i Comuni /Consorzi di Ambito Territoriale devono predisporre i Progetti di Ambito secondo la modulistica allegata al presente programma (All. B) e trasmetterli in formato digitale alla Direzione Generale per le Politiche Sociali all'indirizzo PEC dg500500@pec.regione.campania.it .

Per la predisposizione dei progetti i Comuni Capofila ed i Consorzi di Politiche Sociali provvedono a:

- informare gli utenti, già presi in carico nelle Cure Domiciliari e beneficiari o meno dell'assegno di cura, delle opportunità del presente Programma Regionale, nonché raccogliere le domande dei nuovi richiedenti ;
- concordare con il Distretto Sanitario la rivalutazione degli utenti già in Cure Domiciliari mediante le scale di cui al punto 3 oltre che le schede SVAMA e SVAMD1 per definire l'entità dell'assegno di cura e garantire la prosecuzione della presa in carico;
- concordare con il Distretto Sanitario la convocazione delle UVI per la valutazione dei nuovi richiedenti e la definizione dei nuovi P.A.I. di Cure Domiciliari mediante assegni di cura;
- acquisire agli atti dell'Ufficio di Piano sia le schede di valutazione che i P.A.I. redatti dalle U.V.I.
- compilare il modello Allegato B sulla base delle valutazioni dell'UVI per la richiesta del finanziamento.

La valutazione dei casi da parte della U.V.I. deve avvenire entro 30 giorni dalla “proposta di ammissione al percorso integrato” trasmessa dai Servizi Sociali al Distretto Sanitario, come previsto dalla DGRC n. 41/2011.

7.1 Deroghe

In caso di ritardo da parte del Distretto nella rivalutazione o valutazione dei casi ,rispetto ai tempi di presentazione del Progetto di Ambito, il Coordinatore dell'Ufficio di Piano / Direttore del Consorzio trasmette alla D.G. 500500 dettagliata relazione sulle criticità riscontrate e chiede l'autorizzazione a predisporre progetti di Ambito in deroga ai criteri di cui sopra.

In tal evenienza le persone richiedenti assegno di cura provvedono ad acquisire presso struttura sanitaria pubblica la certificazione medica nonché la valutazione effettuata attraverso le scale ex D.M. 26/9/16 e l'assistente sociale dell'Ambito, acquisita la certificazione, provvede a redigere un progetto personalizzato di assegno di cura a carattere sociale entro il termine di 30 giorni.

8. CRITERI DI RIPARTO E FINANZIAMENTO DEI PROGETTI DI AMBITO

La D.G.50 provvede periodicamente a fissare mediante Circolare una data di trasmissione dei progetti di Ambito e ad istruire i progetti entro max 40 giorni dalla data suddetta .

Al termine dell'istruttoria provvede con successivi Decreti, ad approvare il riparto, l'assegnazione e la liquidazione del FNA in base al numero dei P.A.I. ed alle relative risorse inclusi nei progetti di Ambito. Sono esclusi dal finanziamento progetti di Ambito pervenuti in ritardo, difformi dalla modulistica inclusa nell'Allegato B o incompleti dei dati richiesti.

I trasferimenti finanziari avverranno con cadenza periodica, compatibilmente con le disponibilità di spesa della competente Direzione Generale e fino al termine delle risorse del FNA annualmente ripartito dal Ministero delle Politiche Sociali .

In presenza di progetti di Ambito con importi superiori alle disponibilità del Fondo, la D.G. 50 si riserva di ammettere a finanziamento solo i P.A.I. per gravissimi o anche ridurre le quote attribuibili a ciascun Ambito.

Per sopperire alle necessità del fabbisogno territoriale, gli Ambiti provvedono a cofinanziare gli assegni di cura al fine di assicurare la presa in carico delle persone con disabilità gravissima escluse dal finanziamento del FNA per carenza di risorse.

La quota di cofinanziamento degli assegni di cura, deve essere programmata annualmente nelle schede progettuali e finanziarie del Piano di Zona con risorse a carico del Fondo Unico di Ambito e la sua liquidazione segue le procedure di approvazione dei Piani previste dalla L.R. 11/2007 e dal Piano Sociale Regionale.

9. CRITERI DI EROGAZIONE

Gli assegni sono erogati mediante bonifico bancario intestato alla persona non autosufficiente (o amministratore di sostegno o tutore giuridico) con cadenza bimestrale. Essi decorrono con valore retroattivo dalla data di redazione del P.A.I. da parte dell'U.V.I per la durata di 12 mesi, eventualmente prorogabili in presenza di copertura finanziaria .

La data di pagamento del primo bonifico deve essere fissata entro max 30 giorni successivi alla data di notifica del Decreto di Liquidazione da parte della Regione.

Nel caso di utenti che già ricevono da parte dell'Ambito prestazioni domiciliari di "assistenza tutelare e aiuto infermieristico" garantite dall'O.S.S., il primo assegno di cura deve necessariamente coincidere con la data di cessazione delle prestazioni. Allo stesso tempo, le prestazioni non devono essere sospese prima dell'accredito del Bonifico Bancario all'utente, trattandosi di prestazioni L.E.A.

L'assistente Sociale, delegato a rappresentare l'Ambito in seno alla UVI, oltre ad effettuare la valutazione sociale (All. C Scheda SVAMA – SVAMDI) deve:

- accertare che il richiedente sia in possesso della documentazione utile ad effettuare i Bonifici (coordinate bancarie del conto corrente ed eventuale nomina di un familiare come amministratore di sostegno o tutore giuridico);
- indicare in allegato al P.A.I. dell'UVI la data d'inizio ed il termine del pagamento dell'assegno di cura e la procedura per il pagamento , acquisendo la firma per accettazione dell'assistito o di un suo familiare di riferimento e rilasciarne copia, con i recapiti dell'Ufficio incaricato della pratica;
- comunicare all'interessato l'avvenuta notifica del Decreto di Liquidazione da parte della Regione e attivare la prassi concordata preventivamente per il pagamento.

Ugualmente, al termine delle risorse disponibili per l'assegno di cura, l'assistente sociale provvede a darne comunicazione all'interessato e l'Ufficio di Piano provvede ad attivare le prestazioni professionali dell'O.S.S. La continuità della presa in carico è infatti garantita da parte dell'Ambito Territoriale attraverso l'alternanza tra assegno di cura e prestazioni domiciliari.

I Beneficiari di assegno di cura hanno facoltà di rinunciare alle prestazioni domiciliari erogate dagli O.S.S. a vantaggio degli assegni di cura, ma in tal caso perdono il diritto alla continuità della presa in carico per la quota di competenza dell'Ambito Territoriale. A tal fine sottoscrivono una dichiarazione di rinuncia alle prestazioni che esoneri l'Ambito Territoriale dal garantire la continuità assistenziale del P.A.I. di Cure Domiciliari e potranno ricevere l'assegno di cura per periodi determinati e non continuativi e per una durata compatibile con le risorse disponibili.

10. MONITORAGGIO

L'assistente sociale redige oltre alla scheda di valutazione sociale anche un Piano personalizzato di assistenza in cui siano indicati i seguenti dati : inizio e termine del progetto, modalità del pagamento, familiare di riferimento della persona con disabilità che ne cura l'assistenza oppure l'assistente familiare assunto a contratto.

Periodicamente si reca a domicilio dell'assistito, con cadenza di max 6 mesi, per verificare le condizioni della persona assistita, il buon andamento del progetto, il corretto utilizzo dell'assegno di cura e redige una breve relazione di monitoraggio . In caso di assunzione di un'assistente familiare, acquisisce copia del contratto e dei contributi versati; in caso l'assistenza sia fornita da un familiare, acquisisce autocertificazione dello stesso .

L'assistente sociale consegna copia del progetto personalizzato e delle relazioni periodiche di monitoraggio agli atti dell'Ufficio di Piano/Consorzio.

La Regione effettua annualmente il monitoraggio degli assegni di cura e delle risorse stanziare del FNA attraverso:

- schede di monitoraggio in formato digitale;
- una Dichiarazione del Coordinatore dell'Ufficio di Piano / Direttore del Consorzio Servizi Sociali sulle spese sostenute e sul numero di utenti assistiti ;
- Una relazione dello stesso dirigente sul percorso di accesso e valutazione degli utenti , il buon andamento dei progetti di assegno di cura, eventuali criticità rilevate, basata sui progetti personalizzati e sulle relazioni di monitoraggio fornite dalle assistenti sociali.

La Regione si riserva di chiedere copia a campione dei progetti personalizzati e delle relazioni di monitoraggio.

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 d*)*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, incontente.					



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, comma 2, 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 stessa 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 stessa.
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 traferisce 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



**CRITERI DI RILEVAZIONE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVISSIMA
ex Decreto Ministeriale 26/9/2016 art.. 3 lettera i) e Allegato 2**

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.

Rilevabili in almeno 1 dei seguenti domini:

MOTRICITÀ: dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana (ADL): l'attività è svolta completamente da un'altra persona

STATO DI COSCIENZA

- compromissione severa: raramente/mai prende decisioni
- persona non cosciente

e in almeno 1 dei seguenti altri domini:

RESPIRAZIONE

- Necessità di aspirazione quotidiana
- Presenza di tracheostomia
- Presenza di Ventilazione assistita (invasiva o non invasiva) meno di 24 ore al giorno e per 7 giorni alla settimana certificata da Specialista medico come sopra individuato

NUTRIZIONE

- Necessità di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi certificata da Specialista medico come sopra individuato
- Combinata orale e enterale/parenterale
- Solo tramite sondino naso-gastrico (SNG)
- Solo tramite gastrostomia (es. PEG)
- Solo parenterale (attraverso catetere venoso centrale CVC)

Sono persone in condizione di dipendenza vitale anche quelle che sono compromesse in uno dei seguenti **domini**:

- RESPIRAZIONE: ventilazione assistita (invasiva o non invasiva) per almeno 16 ore al giorno, per 7 giorni alla settimana *certificata da Specialista medico come sopra individuato*

Oppure

- NUTRIZIONE: alimentazione parenterale attraverso catetere venoso centrale.

PROGRAMMA REGIONALE DI ASSEGNI DI CURA**ALLEGATO B**

indicazioni per la compilazione del Progetto di Ambito	
Numero progressivo utente	indicare il numero progressivo 1,2,3, delle persone incluse nel progetto, con il totale a fondo pagina
codice utente	Indicare iniziali del nome e data di nascita
data presentazione domanda	indicare la data dell'ultima domanda presentata per l'accesso alle Cure Domiciliari con assegno di cura o la data di richiesta di rivalutazione
data valutazione o rivalutazione	indicare la data dell'ultima valutazione o della rivalutazione
Scale di valutazione e punteggio	Per i gravissimi: indicare la sigla della scala utilizzata tra quelle incluse negli Allegati 1 e 2 ed il relativo punteggio . Per i gravi indicare punteggio Barthel
vecchio utente di assegno di cura	Indicare il numero progressivo (1,2,3) per ciascuna colonna, con il totale a fondo pagina
nuovo utente di assegno di cura	

PROGRAMMA REGIONALE DI ASSEGNI DI CURA PER DISABILI GRAVISSIMI

PROGETTO DI AMBITO											B 2
Ambito Territoriale _____			Comune Capofila / Consorzio								
num. Progressivo utente	Codice utente	Comune di residenza	data presentazione e domanda	data valutazione o rivalutazione in U.V.I.	patologia	Scala di valutazione	Punteggio	nome assistente sociale responsabile della presa in carico	vecchio utente di assegno di cura	nuovo utente di assegno di cura	COSTO PER UTENTE
TOTALE									TOTALE	TOTALE	TOTALE

PROGRAMMA REGIONALE DI ASSEGNI DI CURA

PROGETTO DI AMBITO PER DISABILI GRAVI										B 3	
AMBITO TERRITORIALE			Comune capofila								
num. Progressivo utente	Codice utente	Comune di residenza	data presentazione e domanda	data valutazione o rivalutazione in U.V.I.	patologia	punteggio scala Barthel	nome assistente sociale responsabile della presa in carico	vecchio utente di assegno di cura	nuovo utente di assegno di cura	TOTALE COSTO PER UTENTE	
TOTALE								TOTALE	TOTALE	TOTALE	