

**Disciplinare per la realizzazione del Programma Attuativo**

***“FNA 2017 - Servizi ed azioni per persone con disabilità severa e con grave non autosufficienza assistite a domicilio”***

**PREMESSA**

Il presente atto è finalizzato ad integrare e completare le procedure indicate nel Programma attuativo “FNA 2017- Servizi ed azioni per persone con disabilità severa e con grave non autosufficienza assistite a domicilio” finanziato con risorse economiche rivenienti dal F.N.A. 2017 e dal bilancio regionale 2018, al fine di stabilire procedure orientate alla semplificazione dei sistemi di accesso ed alla gestione uniforme dell’intervento su tutto il territorio regionale.

Il Programma, realizzato dagli Ambiti Territoriali Sociali, si integra con le azioni previste dal Piano Sociale Regionale 2015/2018 al fine di consentire la presa in carico globale della persona portatrice di bisogni complessi ed evitare la sovrapposizione degli interventi per l’utilizzo coerente e razionale delle risorse finanziarie.

**DESTINATARI**

**lettera A:** Persone, adulti e minori, residenti nella regione Molise, in condizioni di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere sociosanitario nelle 24 ore, 7 giorni su 7, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche, nelle situazioni specificate al paragrafo “DESTINATARI” del Programma “FNA 2017- Servizi ed azioni per persone con disabilità severa e con grave non autosufficienza assistite a domicilio” dalla lettera a) alla lettera i);

**lettera B:** Minori con gravissima disabilità, riconosciuta ai sensi dell’art. 3, comma 3 della legge 104/92, residenti nella regione Molise, impegnati in percorsi di studio e formativi per la frequenza di corsi finalizzati all’acquisizione di maggiori livelli di autonomia. L’intervento rivolto esclusivamente all’acquisizione di autonomie personali e/o sociali, orientamento e mobilità ed all’apprendimento delle capacità necessarie a favorire l’autonomia comunicativa-relazionale dei minori con gravissima disabilità impegnati in percorsi di studio non comprende attività progettuali orientate all’acquisizione di competenze diverse (corsi di nuoto, sci, ippoterapia, pet-therapy, musicoterapia, ecc.).

L’intervento previsto nel progetto non deve essere già assicurato dal Servizio sanitario regionale o dall’Ambito Territoriale Sociale.

**Lettera C:** Centri Socio Educativi Diurni, presenti sul territorio regionale, regolarmente autorizzati/accreditati, per la realizzazione di attività sperimentali rivolte a soggetti con grave disabilità che frequentano la struttura per il finanziamento di progetti che contemplino attività a carattere realmente innovativo rispetto a quelle svolte ordinariamente, tese al mantenimento delle capacità residue ed all’acquisizione di maggiori livelli di autonomia.

**MODALITA’ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE**

Al fine di garantire uniformità di trattamento per l'utenza dei servizi sociali sul territorio gli Ambiti Territoriali Sociali nella predisposizione degli Avvisi pubblici per la presentazione delle istanze di ammissione al Programma devono prevedere che:

l'istanza di ammissione deve essere redatta utilizzando esclusivamente i modelli rispettivamente per la lettera A (ad eccezione della SLA) e per la lettera B allegati all'Avviso Pubblico emanato dall'ATS avendo cura di produrre unitamente la certificazione richiesta. I modelli saranno resi disponibili presso gli Uffici di Cittadinanza dei Comuni facenti parte degli Ambiti Territoriali Sociali, nonché scaricabili dal sito istituzionale del Comune capofila e da quello dell'Ambito. La domanda dovrà essere inviata all'ATS inoltrata a mezzo raccomandata A/R (non farà fede il timbro postale, ma la data di ricevimento); consegnata a mano; inoltrata a mezzo PEC. Le date di pubblicazione e di scadenza dovranno essere le stesse per tutti gli ATS della regione.

Alla domanda dovranno essere allegati per i pazienti di cui alla lett. A):

- copia dei documenti d'identità in corso di validità del paziente e del suo caregiver;
- copia del Verbale della Commissione medica di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 18 dell'11/02/1980;
- scala di valutazione per coloro che rientrano in una delle patologie di cui alle lettere: a), c), d) e) ed h), tutte debitamente firmate, datate (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.

Alla domanda dovranno essere allegati per i pazienti di cui alla lett. B):

- copia del documento d'identità in corso di validità del richiedente;
- copia del certificato di disabilità gravissima, art. 3 comma 3 della L. 104/'92;
- progetto datato e sottoscritto dalla cooperativa o dal professionista che ha redatto il progetto per l'acquisizione dell'autonomia.

Ogni paziente, o quando impossibilitato il familiare, può fare richiesta per un solo intervento valutando l'esigenza prevalente e scegliendo l'azione più adeguata alle proprie necessità.

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.

## PROCEDURE PER LA VALUTAZIONE

### Let. A

Al termine delle verifiche di irricevibilità e inammissibilità delle domande pervenute, l'Ambito Territoriale Sociale convoca la Commissione di riferimento di cui al successivo paragrafo affinché prenda atto dell'istruttoria compiuta dagli uffici dell'ATS, stabilisca quali, tra i pazienti che hanno inoltrato istanza, necessitano di visita domiciliare sulla base delle indicazioni previste dal Programma.

Per i pazienti richiedenti l'inserimento nel Programma, in condizione di gravità estrema non suscettibile di miglioramento, non deve essere effettuata nuovamente la valutazione. Tale condizione deve essere accertata e dichiarata dalla Commissione di Riferimento per la realizzazione del Programma sulla scorta delle valutazioni già effettuate dall'UVM in occasione del precedente Programma FNA, alla luce delle risultanze della scheda SVaMA (SVaMA e SVaMA semplificata allegate all'Avviso Pubblico di cui alle determinazioni dirigenziali del Servizio Programmazione delle Politiche Sociali n. 1954 e n. 2017 dell'anno 2017), da cui deve risultare il conseguimento del punteggio massimo, nonché della documentazione sanitaria agli atti e delle considerazioni riportate nel verbale UVM.

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 sopra indicati, o se impossibilitati i loro familiari, che hanno prodotto istanza per l'ammissione al Programma, 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.

La SVAMA deve essere redatta, al termine dell'effettuazione delle visite domiciliari, rispettivamente per la parte sociale dalle assistenti sociali dell'ATS e per la parte sanitaria dai medici dell'ASReM. L'ATS attiva l'Unità di Valutazione Multidisciplinare competente per territorio, 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 10 e 18. A parità di punteggio della SVAMA SEMPLIFICATA, avranno accesso ai benefici previsti dal Programma prioritariamente i pazienti "disabili gravissimi" il cui nucleo familiare risulta in condizione di maggiore fragilità sulla base delle valutazioni espresse dall'assistente sociale mediante la compilazione della scheda in calce al presente Disciplinare che, per assicurare uniformità di trattamento dei pazienti su tutto il territorio regionale, è stata condivisa con gli ATS.

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) sulla base degli schemi utilizzati in corso di realizzazione del Programma relativo al FNA 2015. 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.

## **Lett. B**

Al termine delle verifiche di irricevibilità e inammissibilità delle domande pervenute, l'Ambito Territoriale Sociale convoca la Commissione di riferimento di cui al successivo paragrafo affinché proceda alla valutazione dei progetti sulla base dei criteri di seguito indicati:

- 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.

I Criteri di valutazione dovranno essere indicati nell'Avviso Pubblico da predisporre a cura dell'ATS.

### **Lett. C**

La Commissione per la valutazione dei progetti di cui alla lett. C) dovrà attenersi ai seguenti criteri:

- strutturazione del percorso di realizzazione;
- utilizzo di un metodo per l'acquisizione di competenze necessarie all'educazione all'autonomia personale e per il consolidamento delle capacità già possedute dai pazienti;
- utilizzo di metodologie per lo sviluppo di competenze linguistiche, logico operative, motorie, manuali;
- previsione di attività utili all'inserimento nel contesto territoriale, all'apprendimento di competenze per la fruizione di strutture e servizi, all'inserimento degli utenti in iniziative a carattere culturale, sportivo di tempo libero organizzate nel territorio;
- formulazione di programmi individualizzati predisposti in collaborazione con i servizi territoriali competenti con obiettivi a breve, medio e lungo termine per ognuno dei pazienti inseriti nel gruppo impegnato nella realizzazione del progetto;
- coinvolgimento delle famiglie nella formulazione dei programmi individualizzati e nella verifica dei risultati progettuali.

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

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

I Criteri di valutazione dovranno essere indicati nell'Avviso Pubblico da predisporre a cura dell'ATS.

## **COMMISSIONE DI RIFERIMENTO PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGRAMMA**

Presso ogni ATS viene costituita, con atto formale, una Commissione di riferimento per la realizzazione del Programma composta: dal Coordinatore ATS, da un'Assistente Sociale dell'ATS, dal Direttore del Distretto Sanitario, da un medico dell'UVM distrettuale. La Commissione si esprime riguardo i pazienti da inserire e il numero dei beneficiari ammessi per ogni tipologia di intervento (A, B, C). Compie valutazioni circa le ricadute che l'intervento regionale produce sulla popolazione servita; evidenzia eventuali aspetti qualificanti e/o di criticità sia nel corso di realizzazione al fine di porre in essere, previo parere della Regione, i correttivi necessari, anche relativamente allo spostamento motivato degli importi previsti per le diverse azioni, che nella fase conclusiva del Programma.

I verbali delle riunioni delle Commissioni devono essere trasmessi alla Regione.

Gli Ambiti Territoriali Sociali devono inviare, con congruo anticipo, le comunicazioni relative alle convocazioni delle riunioni della Commissione al Servizio regionale competente che si riserva la possibilità di partecipare agli incontri.

### Compiti specifici della Commissione di riferimento

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

- prende atto del numero di istanze pervenute;

- prende atto delle istanze irricevibili e di quelle inammissibili;

al termine delle valutazioni, all'uopo effettuate dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare, da espletarsi entro e non oltre 30 giorni dalla data di richiesta di attivazione dell'UVM, 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 dal presente Disciplinare;  
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;  
valuta i progetti allegati alla domanda sulla base dei criteri fissati dal presente Disciplinare;  
redige la graduatoria e ripartisce le risorse assegnate dalla Regione su tale voce di costo.

## PROCEDURE PER L'EROGAZIONE DEI BENEFICI

### Let. A

In caso di erogazione del sostegno economico, garantito attraverso trasferimenti monetari per l'acquisto da cooperative sociali o soggetti accreditati di servizi di cura ed assistenza domiciliare sulla base delle modalità previste dal Programma e descritte nel piano personalizzato, 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), massimo € 16,72 all'ora. Nella formulazione del PAI, le prestazioni sanitarie e sociali devono essere elencate con l'indicazione delle ore di assistenza domiciliare. Qualora gli interventi già assicurati mediante i servizi SAD o Assistenza tutelare e Voucher di conciliazione (POR 2014/20 – Obiettivo Tematico 8 - Azione 6.3.1) non raggiungano il monte delle 8 ore settimanali, stabilito quale soglia minima, le ore mancanti devono essere garantite a valere sul F.N.A. 2017. Sulla base di valutazioni ben motivate nel verbale redatto dall'UVM, relative alla condizione di dipendenza vitale da assistenza continuativa e vigile e da condizioni socio ambientali e familiari del paziente particolarmente problematiche, l'assistenza domiciliare può essere assicurata fino ad un monte ore massimo di 14 settimanali per 52 settimane.

L'ATS, con cadenza trimestrale, liquida alla cooperativa individuata dal beneficiario, di concerto con i servizi sociali dell'ATS, la somma dovuta previa acquisizione della documentazione comprovante le prestazioni rese ed il relativo costo.

Il sostegno economico, garantito per il care giver, quantificato in € 400,00 mensili viene liquidato accertata la permanenza dei requisiti (esistenza in vita e permanenza presso il proprio domicilio) con cadenza trimestrale. 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.

L'ATS corrisponde per il ricovero di sollievo presso una struttura individuata dai familiari, attrezzata per garantire le cure necessarie, la quota sociale fino ad un importo massimo di € 38,00 al giorno, a carico del FNA 2017 per un periodo continuativo di 15 giorni (€ 570,00 complessive). L'80% dell'importo riconosciuto è concesso a titolo di anticipazione ed il 20% a saldo, previa acquisizione della documentazione comprovante la spesa sostenuta.

Le azioni di supporto individuate nel progetto personalizzato, autorizzate preventivamente dall'ATS, il cui costo può essere rimborsato fino ad un massimo di euro 3.000,00 comprensivo di IVA, devono

essere liquidate a saldo previa acquisizione della documentazione comprovante la spesa sostenuta, ad eccezione del trasporto per il quale si riconosce il contributo con cadenza trimestrale. Nel caso di spesa superiore all'importo massimo concedibile, il beneficiario deve farsi carico della somma non coperta dal contributo.

### **Lett. B**

I corsi preventivamente autorizzati possono essere rimborsati fino all'importo massimo di € 8.000,00 comprensivo di IVA. Lo stesso importo può essere concesso, quale contributo, anche nel caso di costi superiori di cui i beneficiari intendono farsi carico.

L'ATS liquida alla famiglia beneficiaria, ed a seguito dell'approvazione dell'intervento, a titolo di anticipazione, l' 80% del costo del corso; eroga il 20% a saldo a seguito dell'acquisizione della documentazione economica probante della spesa sostenuta per l'intero corso ed una dettagliata relazione sull'attività svolta ed i benefici raggiunti.

### **Lett. C**

Esaminati i progetti, la congruità della spesa, la validità delle azioni che si intendono porre in essere anche in relazione ai pazienti coinvolti, gli ATS ammettono i progetti a finanziamento, apportando qualora necessario le opportune modifiche.

I progetti vengono approvati con atto formale e finanziati liquidando il 80% a titolo di anticipazione, a seguito della comunicazione della data di inizio della sperimentazione, ed il 20% a saldo, acquisita documentazione economica probante della spesa sostenuta per l'intero progetto ed una dettagliata relazione sull'attività svolta.

Agli ATS di Agnone e Venafro in considerazione dell'assenza di CSE nel territorio di competenza e della necessità di garantire pari opportunità alle persone con disabilità viene riconosciuto un contributo economico per il trasporto degli interessati presso i Centri LAI e AFASEV di Isernia.

Le somme sono liquidate nella misura dell'80% a titolo di anticipazione ed il 20% a saldo previa acquisizione di un atto formale di rendicontazione della spesa e dell'indicazione del numero dei beneficiari.

## **PROCEDURE PER LE PERSONE AFFETTE DA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA (SLA)**

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

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 loro dedicato 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, la documentazione sanitaria rilasciata da una struttura pubblica specialistica nella quale sia chiaramente accertata la diagnosi. Il servizio sociale professionale dell'ATS redige uno specifico PAI per una presa in carico del paziente integrata con i servizi competenti dell'Azienda Sanitaria Regionale. Il PAI deve considerare la fragilità della condizione legata alla situazione clinica ed altre

variabili a carattere sociale, economico e psicologico al fine di facilitare il carico assistenziale. E' necessario che gli operatori intervenendo a domicilio del paziente mantengano con lui e con la famiglia un rapporto per aiutarli ad orientarsi nel percorso delle cure. L'istanza, corredata dalla documentazione sanitaria e dal PAI viene trasmessa al competente Servizio regionale che riunisce la Commissione regionale costituita allo scopo e composta: dal direttore del Servizio Programmazione delle Politiche sociali, dal Responsabile dell'Ufficio Coordinamento degli Accordi Interministeriali e per l'implementazione delle Politiche Sociali, da un assistente sociale dell'ATS e da un medico dell'UVM competenti per territorio, un rappresentante dell'Associazione dei familiari. 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.

Entro il 31 maggio 2018 gli ATS trasferiranno alla Regione l'elenco aggiornato dei pazienti affetti da SLA in carico con la tipologia di beneficio e l'importo riconosciuto, unitamente alla documentazione clinica ed ai verbali della Commissione ed ai PAI redatti.

#### **ULTERIORI ADEMPIMENTI DEGLI AMBITI TERRITORIALI SOCIALI**

Gli Ambiti Territoriali Sociali, prioritariamente alla definizione dei soggetti da ammettere ai diversi interventi, svolgono un'indagine allo scopo di conoscere i bisogni della popolazione con grave e gravissima disabilità residente sul territorio di competenza tenendo conto, tra l'altro, dell'utenza finora servita con i precedenti Programmi Attuativi. Espletate le procedure per l'individuazione dei pazienti da inserire nel Programma, gli ATS assumono i provvedimenti formali di ammissione, liquidando le competenze riconosciute ai beneficiari, a far data dal 1° giugno 2018.

Gli ATS devono fornire alla Regione informazioni riguardo il possesso dei requisiti di accesso al Programma (esistenza in vita e permanenza presso il domicilio) dei pazienti inseriti nel Programma.

Trasmettono al Servizio regionale competente la scheda, dallo stesso predisposta allo scopo, già in uso nel corso del precedente Programma debitamente compilata con i dati relativi ai pazienti ammessi.

Gli Ambiti sono inoltre tenuti ad alimentare il sistema degli indicatori di qualità, come individuati dal PSR 2015/18, nonché il sistema informativo socio-sanitario regionale denominato ASTER.

Gli Ambiti Territoriali Sociali devono espletare tutte le procedure necessarie al fine di dare corso senza possibilità di deroga al Programma a far data dal 1° giugno 2018 e per la durata di dodici mesi.

#### **ESERCIZIO POTERI SOSTITUTIVI**

La Regione, nella tutela del cittadino, esercita il potere sostitutivo *ex lege* in caso di inerzia e/o qualora gli adempimenti assunti contrastino palesemente con le finalità della programmazione regionale.

La fase istruttoria condotta dalla Regione prevede l'accertamento dell'omissione quale presupposto sostanziale che legittima l'eventuale misura sostitutiva.

A tal fine la Regione avrà cura di relazionarsi con l'ATS inadempiente che potrà produrre le proprie controdeduzioni a riguardo. Esaurita questa fase senza che emergano valide motivazioni di giustificazioni

dell'inerzia o senza che sia stata fornita una risposta nei tempi previsti, verrà avviata la procedura di sostituzione mediante la diffida ad adempiere a cui seguirà, in caso di persistente inerzia, l'esercizio dei poteri sostitutivi nei confronti dell'ATS inadempiente.

La diffida prevederà un congruo termine per l'adempimento, nell'arco del quale, nel rispetto del principio di leale collaborazione, l'ATS avrà sempre il diritto di manifestare le proprie ragioni ed eventualmente di adempiere. Esaurito il periodo indicato nella diffida, la Regione metterà in essere tutte le azioni surrogatorie previste, dandone notizia all'ATS. L'adempimento tardivo si potrà verificare anche dopo l'inizio del procedimento di sostituzione, ma prima che la Regione abbia posto in essere una significativa attività strumentale.

In caso di adempimento difforme dagli indirizzi regionali la Regione si avvale del potere correttivo su atti precedentemente posti in essere dall'ATS.

## QUADRO ECONOMICO

La Regione trasferisce agli Ambiti Territoriali Sociali, soggetti attuatori di tutte le azioni e degli interventi previsti dal Programma, gli importi assegnati sulla base del numero dei residenti al 31.12.2013 (rilevazione ISTAT); a titolo di anticipazione il 80% della somma assegnata e il 20% a saldo, a seguito di formale rendicontazione della somma già trasferita e dell'acquisizione di una dettagliata relazione sullo stato di realizzazione degli interventi.

### Assegnazione risorse per tipologia d'intervento

Ambito Territoriale Sociale	Abitanti al 31.12.2013	Assistenza domiciliare	Voucher e sostegno care giver	Ricoveri di sollievo- altri interventi previsti nei PAI	Interventi in favore di minori con gravissima disabilità impegnati in percorsi di studio per interventi funzionali all'acquisizione di autonomie
Agnone	12.190	€ 15.299,23	€ 72.816,59	€ 1.761,54	€ 11.619,67
Campobasso	83.114	€ 104.313,38	€ 496.478,90	€ 12.010,57	€ 79.225,35
Isernia	46.090	€ 57.845,90	€ 275.317,18	€ 6.660,33	€ 43.933,60
Larino	29.025	€ 36.428,23	€ 173.379,93	€ 4.194,32	€ 27.667,01
Riccia-Boiano	42.112	€ 52.853,25	€ 251.554,72	€ 6.085,48	€ 40.141,71
Termoli	73.231	€ 91.909,59	€ 437.443,10	€ 10.582,40	€ 69.804,75
Venafro	28.963	€ 36.350,42	€ 173.009,58	€ 4.185,36	€ 27.607,91
Totale	314.725	€ 395.000,00	€ 1.880.000,00	€ 45.480,00	€ 300.000,00

Costo per sostegno economico per la frequenza di attività progettuali svolte a cura dei CSE diurni

Ambito Territoriale Sociale	CSE	Risorse assegnate
Agnone	Rimborso spese di trasporto per la frequenza di max 4 pz. presso CSE Lai	€ 5.000,00

	e AFASEV di Isernia	
Campobasso	CSE presenti sul territorio n. 4	€ 166.666,67
Isernia	CSE presenti sul territorio n. 2	€ 83.333,33
Larino	CSE presenti sul territorio n. 3	€ 125.000,00
Riccia-Boiano	CSE presente sul territorio n.1	€ 41.666,67
Termoli	CSE presente sul territorio n.2	€ 83.333,33
Venafro	Rimborso spese di trasporto per la frequenza di max 12 pz. presso CSE Lai e AFASEV di Isernia	€. 15.000,00
Totale	n. 12	€ 520.000,00

#### Assegnazione complessiva delle risorse per ATS

Ambito Territoriale Sociale	Abitanti al 31.12.2013	Assegnazione totale	Anticipazione 80%	Saldo 20%
Agnone	12.190	€ 106.497,03	€ 85.197,62	€ 21.299,41
Campobasso	83.114	€ 858.694,87	€ 686.955,90	€ 171.738,97
Isernia	46.090	€ 467.090,34	€ 373.672,27	€ 93.418,07
Larino	29.025	€ 366.669,49	€ 293.335,59	€ 73.333,90
Riccia-Boiano	42.112	€ 392.301,83	€ 313.841,46	€ 78.460,37
Termoli	73.231	€ 693.073,17	€ 554.458,54	€ 138.614,63
Venafro	28.963	€ 256.153,27	€ 204.922,62	€ 51.230,65
Totale	314.725	€ 3.140.480,00	€ 2.512.384,00	€ 628.096,00

Qualora gli interventi previsti per i pazienti gravissimi di cui alle lettere A) e B) non siano richiesti dai beneficiari oppure la somma indicata risulti eccedente può, previa autorizzazione del Servizio regionale competente, essere destinata alle altre azioni.

La somma di €. 250.000,00 rimane nella disponibilità della Regione a cui compete la gestione degli interventi in favore delle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica.

Alla Regione compete il monitoraggio ed il controllo delle azioni realizzate e della spesa. L'utilizzo delle risorse viene monitorato, con cadenza semestrale in relazione all'avanzamento amministrativo e contabile con l'acquisizione della documentazione probante delle attività svolte con i relativi costi sostenuti.

#### ***SCHEDA DA APPLICARE IN CASO DI PARITA' DI PUNTEGGIO SVAMA SEMPLIFICATA CONTENENTE I CRITERI INTEGRATIVI PER DEFINIRE LA FRAGILITA' DEL NUCLEO FAMILIARE***

La fragilità del nucleo familiare viene definita utilizzando un punteggio complessivo massimo di **100 punti**, attribuito sulla base dei criteri e parametri elencati di seguito, e considerando, distintamente, le situazioni dei nuclei familiari composti dal beneficiario FNA (l'utente non autosufficiente grave) e da altri componenti e quelle dei nuclei formati dal solo beneficiario FNA, portatore, per definizione, di un grado di fragilità estremo. In entrambi i casi è stato applicato un punteggio significativo per il valore dell'ISEE ordinario, con una fascia di esclusione dall'attribuzione del punteggio (10.000 euro) apparsa congrua per discriminare ulteriormente la fragilità complessiva dei nuclei familiari.

**A) NUCLEO FAMILIARE COMPOSTO DAL BENEFICIARIO FNA E DA ALTRI COMPONENTI**

1. Valore ISEE ordinario (riferito a tutti i componenti del nucleo familiare), **max 30 punti** da assegnare secondo le seguenti modalità:
  - a. Da 0 a 1.000 euro= 30 punti;
  - b. Da 1.000,01 a 2.000 euro= 27 punti;
  - c. Da 2.000,01 a 3.000 euro= 24 punti;
  - d. Da 3.000,01 a 4.000 euro= 21 punti;
  - e. Da 4.000,01 a 5.000 euro= 18 punti;
  - f. Da 5.000,01 a 6.000 euro= 15 punti;
  - g. Da 6.000,01 a 7.000 euro= 12 punti;
  - h. Da 7.000,01 a 8.000 euro= 9 punti;
  - i. Da 8.000,01 a 9.000 euro= 6 punti;
  - j. Da 9.000,01 a 10.000 euro= 3 punti;
  - k. Da 10.000,01 e oltre zero punti;
2. Numero disabili in condizione di gravità, ex articolo 3, comma 3, legge 104/92, ovvero invalidi 100% con il beneficio dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, presenti nel nucleo familiare (oltre il beneficiario FNA) = **max24 punti**, da attribuire in ragione di 8 punti per ogni componente del nucleo in tale condizione, fino ad un massimo di 24;
3. Numero di anziani ultrasettantacinquenni presenti nel nucleo (eccettuato il beneficiario FNA)= **max 13 punti**, da attribuire come di seguito:
  - a. Un anziano, punti 4
  - b. Due anziani, punti 8
  - c. Tre o più anziani, punti 13
4. Presenza di minori (eccettuato il beneficiario FNA) nel nucleo familiare, **max13 punti** da attribuire come di seguito:
  - a. Un minore, punti 4
  - b. Due minori, punti 8
  - c. Tre o più minori, punti 13
5. Distanza dell'abitazione dal perimetro del centro abitato (definito ai sensi del codice della strada), **max 10 punti**:
  - a. Da 1 a 2 km., punti 2
  - b. Da 2,1 a 3 km., punti 4
  - c. Da 3,1 a 4 km., punti 6
  - d. Da 4,1 a 5 km., punti 8
  - e. Oltre 5 km, punti 10
6. Presenza di barriere architettoniche nell'abitazione (come descritte e valutate dall'assistente sociale, in relazione al grado, più o meno elevato, di incidenza sulla mobilità e sull'accessibilità dell'abitazione), **max 10 punti**:
  - a. Assenza di barriere, punti 0
  - b. Barriere a modesta incidenza, punti 2
  - c. Barriere a media incidenza, punti 5

- d. Barriere ad elevata incidenza, punti 10

**NB: In caso di coesistenza di più condizioni nella stessa persona: esempio, disabile in condizione di gravità/anziano, minore/disabile in condizione di gravità, ecc., si applica quella che dà luogo al punteggio più favorevole; in ogni caso il destinatario del servizio non viene considerato ai fini dell'attribuzione del punteggio.**

**B) NUCLEO FAMILIARE COMPOSTO DAL SOLO BENEFICIARIO FNA**

- 1) Beneficiario FNA unico componente del nucleo familiare= **50 punti**.
  
- 2) Valore ISEE ordinario, **max 30 punti** da assegnare secondo le seguenti modalità:
  - a. Da 0 a 1.000 euro= 30 punti;
  - b. Da 1.000,01 a 2.000 euro= 27 punti;
  - c. Da 2.000,01 a 3.000 euro= 24 punti;
  - d. Da 3.000,01 a 4.000 euro= 21 punti;
  - e. Da 4.000,01 a 5.000 euro= 18 punti;
  - f. Da 5.000,01 a 6.000 euro= 15 punti;
  - g. Da 6.000,01 a 7.000 euro= 12 punti;
  - h. Da 7.000,01 a 8.000 euro= 9 punti;
  - i. Da 8.000,01 a 9.000 euro= 6 punti;
  - j. Da 9.000,01 a 10.000 euro= 3 punti;
  - k. Da 10.000,01 e oltre zero punti;
  
- 3) Distanza dell'abitazione dal perimetro del centro abitato (definito ai sensi del codice della strada), **max 10 punti**:
  - a. Da 1 a 2 km., punti 2
  - b. Da 2,1 a 3 km., punti 4
  - c. Da 3,1 a 4 km., punti 6
  - d. Da 4,1 a 5 km., punti 8
  - e. Oltre 5 km, punti 10
  
- 4) Presenza di barriere architettoniche nell'abitazione (come descritte e valutate dall'assistente sociale, in relazione al grado, più o meno elevato, di incidenza sulla mobilità e sull'accessibilità dell'abitazione), **max 10 punti**:
  - a. Assenza di barriere, punti 0
  - b. Barriere a modesta incidenza, punti 2
  - c. Barriere a media incidenza, punti 5
  - d. Barriere ad elevata incidenza, punti 10

**A maggiore punteggio totale corrisponde maggiore fragilità del nucleo familiare. Pur applicando, distintamente, le ipotesi di valutazione A) e B) per le due tipologie di nucleo familiare, viene comunque formulata un'unica sub-graduatoria ai fini della selezione dei beneficiari con pari punteggio SVAMA semplificata.**