



## DISTRETTO SOCIO-SANITARIO "FORMIA GAETA"

**Comuni di: FORMIA, GAETA, MINTURNO, ITRI, SS. COSMA E DAMIANO,  
CASTELFORTE, SPIGNO SATURNIA, PONZA E VENTOTENE**  
*Ufficio Integrazione Socio Sanitaria: Formia Via Lavanga n. 140, Tel. 0771.324617*  
e-mail: [integr.distrettosud@tiscali.it](mailto:integr.distrettosud@tiscali.it)  
sito: [www.comune.formia.lt.it](http://www.comune.formia.lt.it)

### AVVISO PUBBLICO DISTRETTUALE PER LA CONCESSIONE DI FINANZIAMENTI FINALIZZATI AD INTERVENTI DI SOSTEGNO IN FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI (L. R. 20 del 23.11.2006)

SCADENZA 1. AGO, 2016

Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328 recante "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";  
Vista la Legge Regionale del 23 novembre 2006, n. 20 concernente "Istituzione del Fondo Regionale per la non autosufficienza";  
Vista la legge 5 febbraio 1992, n. 104 concernente "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate", come modificata dalla legge 21 maggio 1998, n. 162;  
Vista la DGR 136/2014 che ha programmato le risorse dei Piani di Zona dei Distretti Sociosanitari nel biennio 2012-2014 ed ha approvato le Linee Guida per la programmazione degli interventi di politica sociale familiare previsti nella Misura 3.1 "Interventi Legge 20/2006";  
Visto il Piano Sociale di Zona del Distretto Socio-sanitario Formia-Gaeta, approvato nella seduta del Comitato dei Sindaci n. 4 del 24/11/2015, contenente il progetto Interventi Legge 20/2006" (misura 3.1);  
Visto il Verbale del Comitato Istituzionale n. 2 del 12.05.2016;  
Vista la Determinazione del Comune di Formia n 279 del 14/06/2016 di approvazione del presente Avviso Pubblico e dei relativi modello di domanda;

#### SI RENDE NOTO

Che sono aperti i termini per la presentazione delle domande per la concessione di un finanziamento a rimborso per programmi di assistenza domiciliare, da gestire in forma diretta/indiretta, a favore di persone disabili non autosufficienti ai sensi della L.104/92 art. 3 comma 3 e residenti nel territorio del Distretto socio-sanitario Formia-Gaeta.

Saranno finanziati n. 50 Piani di Assistenza, per un importo totale annuo pari ad € 3.000,00 (tremila/00) **cadauno**.

Possono presentare domanda di partecipazione tutte le persone e/o i loro familiari che, al momento della pubblicazione del presente avviso, siano in possesso dei seguenti requisiti:

- Residenza anagrafica in uno dei Comuni del Distretto socio-sanitario Formia-Gaeta;
- Essere in possesso di certificazione ai sensi della L.104/92 art. 3 comma 3;
- Non essere beneficiario di piani assistenziali attivi, alla data di scadenza del presente avviso pubblico, ai sensi:
  - L.R. 20/2006;

- “Interventi di sostegno in favore di persone in condizione di dipendenza vitale”  
D.G.R. 239/13;
- L. 162/98;
- HCP 2014.

### **Finalità dell'intervento e piani ammessi al finanziamento**

Saranno finanziati, ai sensi della L.R. 20/2006, interventi che hanno come finalità il sostegno alla persona disabile non autosufficiente ed alla famiglia, attraverso forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale, mediante l'attivazione di Piani Assistenziali Individualizzati (P.A.I.), da gestire in forma diretta/indiretta.

Prestazioni ammissibili al finanziamento:

- **Assistenza domiciliare diretta/indiretta** (assistenza tutelare e personale, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio dell'utente);
- **Socializzazione e integrazione** per favorire la partecipazione ad attività socializzanti (es. centri diurni);

Resta intesa, trattandosi di un servizio di assistenza domiciliare diretta/indiretta, la totale libertà di scelta da parte dell'utente o di un suo familiare di stipulare un contratto di lavoro con soggetti privati e nel rispetto della vigente normativa in materia o in alternativa stipulare un contratto con Organizzazioni del Terzo Settore.

**Gli assistenti destinati al servizio non potranno essere parenti e/o affini dell'utente entro il 3° grado di parentela.**

Il personale impegnato nelle attività, sia esso assunto in forma privata che attraverso un organismo, dovrà essere in possesso di qualifiche abilitanti al lavoro socio-assistenziale (titolo minimo assistente familiare).

In caso di concessione del contributo l'utente o suo familiare dovrà presentare al Servizio Sociale del proprio comune, entro e non oltre 30 giorni dall'approvazione della graduatoria definitiva, tutta la documentazione necessaria (contratto di lavoro con soggetti privati o con Organizzazioni del Terzo Settore, P.A.I. e Scheda creditore) ai fini dell'attivazione del Progetto individualizzato.

Il Servizio Sociale competente provvederà, entro 15 giorni dalla ricezione, a trasmettere all'Ufficio Integrazione Socio sanitaria del Distretto Formia-Gaeta la documentazione ricevuta da tutti gli utenti residenti nel proprio comune.

Tutte le attività, oggetto del P.A.I, dovranno avere una durata massima di un anno solare dal momento della sottoscrizione del contratto, sia esso in forma privata che attraverso Organizzazioni del Terzo Settore.

Non saranno finanziate prestazioni che abbiano finalità inerenti e/o correlate al “diritto allo studio” o di natura strettamente sanitaria.

Il finanziamento non è compatibile con il ricovero permanente residenziale in struttura sanitaria o sociosanitaria a carattere residenziale, anche se per brevi periodi.

Nel caso di ricovero l'utente o un suo familiare è tenuto a darne tempestiva comunicazione all'Ufficio Integrazione Socio sanitaria, indicando la data dell'inserimento.

In caso di ricovero permanente il finanziamento concesso verrà interrotto; in caso di ricovero per breve periodo il finanziamento verrà sospeso per tutta la durata del periodo di permanenza in struttura.

### **Termini e presentazione delle domande**

I modelli per le domande (All A), che avranno valore di autocertificazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, e i moduli e le linee guida per la compilazione sono a disposizione presso:

- Scaricabili dal sito istituzionale del Comune capofila [www.comune.formia.lt.it](http://www.comune.formia.lt.it) e dei Comuni del Distretto Formia-Gaeta nella sezione *Bandi e Avvisi*.
- L'Ufficio Integrazione Socio Sanitaria del Distretto Formia-Gaeta
- L'Ufficio di Servizi Sociali, area Integrazione Socio Sanitaria, del Comune di Residenza;

Alla domanda, compilata in tutte le sue parti, dovrà essere obbligatoriamente allegata la seguente documentazione, pena l'esclusione dal beneficio di che trattasi:

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità dell'utente e del Responsabile del Progetto;
- Copia certificazione attestante la condizione di handicap grave ex art. 3 comma 3 L. 104/92, rilasciata dalla Commissione medica individuata ai sensi dell'art. 4 della medesima Legge;
- Copia attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità dell'utente, ai sensi della vigente normativa (D.C.P.M. 159/2013);
- P.A.I. (All B) redatto in collaborazione con il Servizio Sociale del Comune di Residenza;
- Scheda creditore per estremi bancari su cui effettuare l'accredito del contributo (All C);

La domanda dovrà pervenire, a pena di esclusione, al protocollo generale dei nove Comuni del Distretto Formia-Gaeta, entro e non oltre le ore 12.00 del 01 AGO, 2016 tramite un plico debitamente chiuso e controfirmato su tutti i lembi di chiusura in maniera da garantirne l'integrità.

Il plico, oltre al nome e all'indirizzo del mittente, dovrà riportare la dicitura **NON APRIRE – DOCUMENTI CONCESSIONE FINANZIAMENTO A FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI (L.R 20/2006) – DISTRETTO Formia-Gaeta.**

Il recapito del plico, che potrà avvenire a mano, con raccomandata A/R o mediante Agenzie di recapito autorizzate, rimane a totale rischio del mittente.

Farà fede la data e l'ora apposte sul plico dall'addetto del protocollo generale dei nove comuni. Non saranno prese in considerazione le domande pervenute oltre il termine stabilito.

#### **Criteri di valutazione del punteggio e Graduatoria**

Ogni domanda di accesso al contributo potrà raggiungere un punteggio, per ogni area oggetto di valutazione da parte della commissione, che non potrà superare i seguenti massimali:

- Livello di Autosufficienza - max punti 9;
- Valutazione del contesto socio-ambientale - max punti 5;
- Fruizione di altri servizi socio-assistenziali e socio-sanitari pubblici e/o convenzionati - max punti 3;
- ISEE socio-sanitario (D.C.P.M. 159/2013) - max punti 1.

I punteggi sono dettagliatamente specificati nell'allegata scheda di valutazione presente nella modulistica della richiesta di contributo. Il punteggio totale di ogni domanda non potrà comunque superare i 18 punti.

L'ufficio del Distretto Socio-Sanitario Formia-Gaeta a seguito dell'acquisizione delle richieste presentate, con relativa istruttoria amministrativa delle istanze pervenute ai fini dell'ammissibilità delle stesse da parte del Comune di residenza dei richiedenti, curerà inoltre, la successiva valutazione di merito (sociale e assistenziale-sanitaria) convocando apposita Unità Valutativa Multidisciplinare distrettuale PUA al fine di consentire gli adempimenti consequenziali.

Il Distretto Socio-Sanitario Formia-Gaeta, a seguito di acquisizione di Verbale di ammissione da parte della Unità Valutativa Multidisciplinare Distrettuale PUA, attiverà le procedure per l'erogazione del contributo secondo le modalità previste dal Piano di Assistenza Individuale (PAI).

Saranno finanziati numero 50 Piani, per un importo annuo totale di a € 3.000,00 cadauno.

La graduatoria distrettuale definitiva sarà consultabile sul sito istituzionale del Comune capofila [www.comune.formia.it](http://www.comune.formia.it) e dei Comuni del Distretto Formia-Gaeta.

L'Ufficio Integrazione Socio-Sanitaria, in caso di decesso, rinuncia o perdita dei requisiti di uno degli aventi diritto, procederà allo scorrimento della graduatoria; in questo caso, i nuovi beneficiari, riceveranno il contributo per il periodo residuo fino alla scadenza dell'annualità prevista;

#### Parità di punteggio

A parità di punteggio prederà in graduatoria l'utente che avrà ottenuto il punteggio più alto in base alle singole voci nell'ordine sopraindicato.

In caso di ulteriore parità di punteggio verrà presa in considerazione la data e l'ora di arrivo della domanda all'Ufficio Protocollo dei Comuni afferenti il Distretto Formia.

#### Modalità di liquidazione del finanziamento

L'erogazione del contributo avverrà a rimborso, con cadenza trimestrale, a seguito della presentazione al Servizio Sociale del proprio Comune di residenza:

- da parte dell'utente o suo familiare della documentazione attestante le spese sostenute (busta paga) - nel caso di assistenza domiciliare indiretta -
- da parte dell'Organismo del Terzo Settore della fattura attestante il servizio prestato (nel caso di assistenza domiciliare indiretta).

Il Servizio Sociale provvederà, entro 15 giorni dalla ricezione della rendicontazione degli utenti residenti nel proprio comune, a trasmettere all'Ufficio Integrazione Socio Sanitaria la documentazione di cui sopra.

Saranno rimborsabili le sole spese sostenute per:

- compensi ad assistenti personali formati incaricati, mediante contratto di lavoro privati;
- compensi ad assistenti personali formati, mediante contratti con Organizzazioni del Terzo Settore.

#### Casi particolari

Eventuali modifiche alle modalità di fruizione del servizio, rispetto a quelle inizialmente previste, dovranno essere comunicate anticipatamente sia al Servizio Sociale competente sia all'Ufficio Integrazione Socio Sanitaria del Distretto Formia-Gaeta.

Potranno essere effettuati controlli per verificare la veridicità delle dichiarazioni rese e la congruità del modello ISEE rispetto allo stato di famiglia.

Per ogni utile informazione è possibile rivolgersi presso:

|                                 |                            |                     |
|---------------------------------|----------------------------|---------------------|
| Sede del Distretto Formia-Gaeta | Via Lavanga, 140           | Tel. 0771/324617    |
| Comune di Formia                | Via Lavanga, 140           | Tel. 0771/778613    |
| Comune di Gaeta                 | Piazza XXIX Maggio         | Tel. 0771/469459    |
| Comune di Minturno              | Via Principe di Piemonte,1 | Tel. 0771/6608227   |
| Comune di Itri                  | P.zza Umberto, 1           | Tel. 0771/732120    |
| Comune di SS. Coma e Damiano    | L.go E. De Nicola, 5       | Tel. 0771/607829    |
| Comune di Castelforte           | P.zza Municipio,1          | Tel. 0771/607925    |
| Comune di Spigno Saturnia       | P.zza Dante,1              | Tel. 0771/64021 (8) |
| Comune di Ponza                 | P.zza Pisacane, 1          | Tel. 0771/80108     |
| Comune di Ventotene             | P.zza Castello, 1          | Tel. 0771/85014     |

Il presente Avviso viene affisso contemporaneamente su tutti i Comuni del Distretto dal **12 LUG. 2016**



ALLEGATO A)

Al Comune di \_\_\_\_\_  
del Distretto Socio-Sanitario Formia-Gaeta

**DOMANDA**  
**PER LA CONCESSIONE DI FINANZIAMENTI FINALIZZATI AD INTERVENTI DI**  
**SOSTEGNO IN FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI**  
**(L. R. 20 del 23.11.2006)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

ovvero in qualità di familiare/legale rappresentante (Responsabile del progetto) di:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
rapporto di parentela \_\_\_\_\_  
DIAGNOSI (come da verbale d'invalidità)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la concessione del finanziamento per l'attivazione di programmi di aiuto gestiti in forma

diretta

indiretta

per un importo totale annuo pari a € 3.000,00, finalizzato ad interventi di sostegno e in favore di persona con handicap grave, art. 3 comma 3 L. 104/92, con verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia.

**DICHIARA**

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, a conoscenza di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei benefici acquisiti a seguito di dichiarazioni non veritiere:

1. di essere residente in uno dei Comuni del Distretto Socio-sanitario Formia-Gaeta;
2. di essere o di presentare domanda per conto di portatore di handicap in situazione di particolare gravità, ex art. 3, comma 3, L. 104/92;

3. di impegnarsi a stipulare idoneo contratto di lavoro con assistenti personali formati nel rispetto della normativa vigente, compresa apposita assicurazione RCT, in favore degli stessi, o in alternativa stipulare idoneo contratto con Organizzazioni del Terzo Settore.

4. di impegnarsi a trasmettere, al servizio sociale del comune di residenza, la documentazione necessaria per l'avvio del progetto assistenziale entro e non oltre 30 giorni dalla pubblicazione della graduatoria definitiva (contratto di lavoro con assistente personale formato o contratto con organismi del terzo settore);

5. che gli assistenti destinati al servizio non saranno propri parenti e/o affini entro il 3° grado di parentela;

6. di impegnarsi a trasmettere direttamente o mediante Organizzazioni del Terzo Settore, con cadenza trimestrale, al proprio servizio sociale, la rendicontazione delle spese sostenute per un totale annuo di € 3.000,00;

7. che la composizione del nucleo familiare dell'utente beneficiario dell'intervento è la seguente:

| Cognome e nome | Luogo di nascita | Data di nascita | Rapporto di parentela | Disabilità L.104/92 |
|----------------|------------------|-----------------|-----------------------|---------------------|
|                |                  |                 |                       |                     |
|                |                  |                 |                       |                     |
|                |                  |                 |                       |                     |
|                |                  |                 |                       |                     |
|                |                  |                 |                       |                     |
|                |                  |                 |                       |                     |
|                |                  |                 |                       |                     |
|                |                  |                 |                       |                     |

**Allega alla presente domanda**

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità dell'utente e del richiedente;
- Copia attestazione ISEE socio-sanitario ai sensi del D.C.P.M. 159/2013 in corso di validità;
- Piano Assistenziale Individualizzato redatto in collaborazione con il Servizio Sociale del Comune di residenza (All B);
- Scheda creditore accreditato contributo (All C);
- Copia certificazione attestante la condizione di handicap grave ex art. 3 comma 3 L. 104/92, rilasciata dalla Commissione medica individuata ai sensi dell'art. 4 della medesima Legge;
- Certifico medico attestante le patologie da cui è affetto l'utente, compreso eventuale deficit intellettivo grave<sup>1</sup>.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole e di accettare che i dati conferiti con la presente domanda saranno trattati da personale incaricato dal Comune di Formia, e/o trasferiti a terzi, per le sole finalità connesse alla procedura in argomento, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Solo nel caso in cui il deficit intellettivo grave non risulti esplicitamente dalla certificazione, rilasciata ai sensi della L. 104/92 dalla competente Commissione Medica

**ALLEGATO B)**

**PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO DI SOSTEGNO IN FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI AI SENSI DELLA L.R. 20/2006**

Comune di \_\_\_\_\_

**PROGETTO INDIVIDUALIZZATO DI**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Responsabile del Progetto \_\_\_\_\_

Grado di autonomia e descrizione analitica delle abilità psico-fisiche residue (*vedi nota esplicativa della scheda di valutazione*):

|  | <b>A</b> | <b>B</b> | <b>C</b> |
|--|----------|----------|----------|
| Alimentazione                              | 0        | 5        | 10       |
| Abbigliamento                              | 0        | 5        | 10       |
| Toilette personale                         | 0        | 0        | 5        |
| Fare il bagno                              | 0        | 0        | 5        |
| Controllo defecazione                      | 0        | 5        | 10       |
| Controllo sfinterico                       | 0        | 5        | 10       |
| Spostarsi dalla sedia al letto e ritornare | 0        | 10       | 15       |
| Montare e scendere dal WC                  | 0        | 5        | 10       |
| Camminare in piano                         | 0        | 10       | 15       |
| Salire e scendere le scale                 | 0        | 5        | 10       |

**A = dipendente**

**B = con aiuto**

**C = indipendente**

**Punteggio Totale \_\_\_\_\_/100**

- 0 – 20** DIPENDENZA TOTALE;
- 21 – 60** DIPENDENZA GRAVE;
- 61 – 90** DIPENDENZA MODERATA;
- 91 – 99** DIPENDENZA LIEVE;
- 100** COMPLETA AUTOSUFFICIENZA.

Condizione reddituale dell'utente e del nucleo familiare convivente:

Vedere modello ISEE allegato alla domanda € \_\_\_\_\_

Adeguatezza del supporto familiare e ambientale:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Altre informazioni (presenza di altri disabili certificati ai sensi della L.104, presenza di minori, ultra sessantacinquenni o altre informazioni ritenute utili alla valutazione del caso)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**PROGETTO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO**

UTENTE : \_\_\_\_\_

Tenuto conto delle condizioni di vita dell'utente e considerati gli interventi già attivati in suo favore, così come descritto analiticamente nelle singole schede che accompagnano e integrano il presente progetto d'intervento, si formula la seguente proposta, fino alla concorrenza del budget previsto:

**Obiettivi**

generali: \_\_\_\_\_

specifici: \_\_\_\_\_

**Azioni, Attività e Interventi da avviare**

- Assistenza di base (aiuto e igiene della persona e aiuto nella cura e igiene delle cose personali, disbrigo pratiche, preparazione pasti);
- Socializzazione e integrazione (favorire la partecipazione ad attività socializzanti, sostegno nelle relazioni familiari ed extra-familiari, accompagnamento);

**Servizi e Attori Coinvolti nella Gestione e Verifica dell'Intervento:**

- Servizio Sociale Comunale: \_\_\_\_\_
- Servizio ASL : \_\_\_\_\_
- Cooperativa Sociale Convenzionata: \_\_\_\_\_
- Associazioni non profit: \_\_\_\_\_
- Altri organismi: \_\_\_\_\_
- Familiari: \_\_\_\_\_
- Volontari/Obiettori/Amici ecc.: \_\_\_\_\_

**INTERVENTI GIA' IN ATTO\*\***

**INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI- EDUCATIVI**

*Utente:* \_\_\_\_\_

Assistenza Economica

Continuativa € \_\_\_\_\_

Straordinaria € \_\_\_\_\_

Assistenza Domiciliare Comunale Diretta

n° ore sett.li \_\_\_\_\_

Assistenza Domiciliare Comunale Indiretta

n° ore sett.li \_\_\_\_\_

Assistenza Scolastica educativa

n° ore sett.li \_\_\_\_\_

Centro Diurno o Centro di riabilitazione ex art 26 L. 833/78 di: \_\_\_\_\_  
giorni di frequenza: \_\_\_\_\_

Trasporto per attività sociali

Ricovero in Strutture Residenziali

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Altri Interventi (specificare quali e la frequenza settimanale):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

■ Operatori referenti o nominativo della struttura: \_\_\_\_\_

■ Servizi Coinvolti: \_\_\_\_\_

\*\*Tutti gli interventi prevedono la predisposizione di specifici *progetti individualizzati e integrati* con i servizi di cui l'utente eventualmente già fruisce.

**AMBITO SANITARIO**  
***Interventi socio-sanitari***

Utente : \_\_\_\_\_

- Fisioterapia n° ore sett.li \_\_\_\_\_
- Logopedia n° ore sett.li \_\_\_\_\_
- Psicoterapia n° ore sett.li \_\_\_\_\_
- Terapia Familiare n° ore sett.li \_\_\_\_\_
- Controlli periodici \_\_\_\_\_
- Terapia Farmacologica \_\_\_\_\_
- Trasporto per attività sanitarie \_\_\_\_\_
- Soggiorni terapeutici estivi dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Altri interventi socio – sanitari \_\_\_\_\_

\*\* Operatori referenti o nominativo della struttura: \_\_\_\_\_

\*\* Servizi Coinvolti: \_\_\_\_\_

**AMBITO SCOLASTICO**

(da compilare solo nel caso in cui l'utente ad oggi risulti attivamente impegnato in tale attività)

- Scuola dell'infanzia \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_
- Scuola primaria \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_
- Scuola Secondaria di Primo Grado \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_
- Scuola Secondaria di Secondo Grado \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_
- Università \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_

**AMBITO FAMILIARE E CONTESTO AMBIENTALE**  
*Rete familiare e sociale*

Utente: \_\_\_\_\_

- **Presenza di familiare Care Giver**  
 NO  
 SI

Se SI, specificare mediamente per quante ore giornaliere risulta impegnato: \_\_\_\_\_

- **Presenza di Care Giver privato**  
 NO  
 SI

Se SI, specificare mediamente per quante ore a giornaliere risulta impegnato: \_\_\_\_\_

- **Interventi attivati dalla famiglia:**  
 Terapie private \_\_\_\_\_  
 Attività culturali \_\_\_\_\_  
 Attività ricreative \_\_\_\_\_  
 Attività sportive \_\_\_\_\_  
 Altro \_\_\_\_\_
- **Interventi attivati da Enti di Terzo Settore e/o Associazioni di Volontariato:**  
 Gite \_\_\_\_\_  
 Attività culturali \_\_\_\_\_  
 Attività sportive \_\_\_\_\_  
 Altro \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

*Firma Utente*

\_\_\_\_\_

*Firma Responsabile del progetto*

\_\_\_\_\_

*Firma Assistente sociale*

\_\_\_\_\_

Ai sensi del D. Lgs. 30/06/2003, n. 196, autorizza il trattamento dei dati personali forniti per le finalità previste nel presente documento.

Data \_\_\_\_\_

*Firma Utente o  
Responsabile del progetto*

\_\_\_\_\_

## **NOTA ESPLICATIVA DELLA SCHEDA DI VALUTAZIONE**

Per una corretta compilazione della scheda – progetto, relativamente alla valutazione del grado di autonomia, secondo le indicazioni della Commissione Progetti L.20/2006, si precisa quanto segue:

### **DEFICIT INTELLETTIVO GRAVE**

Il deficit intellettivo grave, ove non risulti esplicitamente dalla certificazione rilasciata ai sensi della L.104/92, per poter essere valutato, deve essere attestato da medico specialista, appartenente a struttura pubblica o accreditata, che accerti la capacità di comprensione e di espressione, la capacità di soluzione dei problemi della vita quotidiana, il rapporto con gli altri nonché la memoria. La valutazione dovrà essere riassunta in un giudizio sintetico di gravità.

Solo nel caso in cui sussistano evidenti e comprovate difficoltà oggettive a rivolgersi ad un medico specialista, il responsabile del procedimento o assistente sociale del comune di residenza può consentire che la predetta certificazione venga rilasciata dal medico di base dell'utente.

Il certificato da cui risulti il deficit intellettivo grave deve essere allegato alla domanda di ammissione al beneficio.

### **CARE GIVER**

**Familiare Care Giver:** si intende colui/colei che dedica parte del suo tempo in via continuativa all'aiuto del familiare con ridotta o completa perdita dell'autonomia assicurando l'assistenza per le attività di vita quotidiana e per mantenere la vita di relazioni sociali.

**Care Giver Privato:** si intende una persona che sostituisce/affianca la famiglia d'origine e che risulti quotidianamente impegnata nelle attività di aiuto e di supporto alla persona in situazione di non autosufficienza.



## LEGGE 20/2006 – SCHEDA DI VALUTAZIONE

UTENTE \_\_\_\_\_

COMUNE DI \_\_\_\_\_

| LIVELLO DI AUTOSUFFICIENZA |  |  |
|----------------------------|--|--|
| 4 punti                    |  | Deficit intellettivo grave, che comporti un grave ritardo mentale contestuale a gravi difficoltà di apprendimento. |
| 5 punti                    |  | Dipendenza totale  |
| 3 punti                    |  | Dipendenza grave   |
| 1 punto                    |  | Dipendenza moderata  |
| 0 punti                    |  | Dipendenza lieve   |
| -1 punto                   |  | Completa autosufficienza   |

(MAX 9 PUNTI)

| VALUTAZIONE DEL CONTESTO SOCIO-AMBIENTALE |  |   |
|---|--|---|
| 5 punti                                   |  | Disabile che vive da solo in assenza di caregiver e in assenza di rete familiare    |
| 1,5 punti                                 |  | Disabile che vive da solo con presenza di caregiver (non convivente)                |
| 1,5 punti                                 |  | Presenza di unico familiare anche se non conviventi                                 |
| 1 punto                                   |  | Disabile che vive all'interno del nucleo familiare                                  |
| 1 punto                                   |  | Presenza di genitori  |
| 0,5 punti                                 |  | Per ogni familiare convivente con disabilità certificata i sensi della legge 104/92 |
| 0,5 punti                                 |  | Per ogni minore convivente  |
| 0,5 punti                                 |  | Per ogni familiare convivente ultra sessantacinquenne diverso dai genitori          |

(MAX 5 PUNTI)

| FRUIZIONE DI ALTRI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARI PUBBLICI E/O CONVENZIONATI |  |  |
|--|--|--|
| 3 punti  |  | Non fruisce di alcun servizio o frequenta un percorso di scolarizzazione |
| 0,5 punti  |  | Fruisce di servizio assistenza domiciliare fino a 4 ore                  |
| 0 punti  |  | Fruisce di servizio assistenza domiciliare da 4 a 7 ore                  |
| -1 punto   |  | Fruisce di servizio assistenza domiciliare fino o superiore a 8 ore      |
| -1,5 punti   |  | Fruisce di Centro Diurno o di altri Servizi fino a 3 volte               |
| -3 punti   |  | Fruisce di Centro Diurno o di altri Servizi per più di 3 volte           |

(MAX 3 PUNTI)

| INDICATORI I.S.E.E. (REDDITI ) |  |                             |
|--------------------------------|--|-----------------------------|
| 1 punto                        |  | Da € 0 a € 8.500,00         |
| 0,5 punti                      |  | Da € 8.500,01 a € 13.000,00 |
| 0 punti                        |  | Da 13.000,01 a € 18.000,00  |
| -0,5 punti                     |  | Da 18.000,01 a € 23.000,00  |
| -1 punto                       |  | Da 23.000,01 in poi         |

(MAX 1 PUNTI)

TOTALE PUNTI \_\_\_\_\_

IL PUNTEGGIO MASSIMO E' DI 18/18

U.V.M. Distrettuale PUA