



UNIONE DEI COMUNI  
**COLLINE DEL MEDIO VOMANO**

P.zza G. Garibaldi n.1 CERMIGNANO (TE) – Tel. 0861/667212– Fax 0861/660258  
C.F. e P. IVA 01813220678 – PEC: [postacert@pec.unionecomunivomano.gov.it](mailto:postacert@pec.unionecomunivomano.gov.it)  
Email: [servizisociali@unionecomunivomano.gov.it](mailto:servizisociali@unionecomunivomano.gov.it)

---

Prot. n. 1758

Cermignano

24.08.2018

Al Comuni  
Dell'Ambito Gestionate n.23  
Fino-Vomano  
LORO SEDI

**Oggetto: Avviso Pubblico –Assegno Disabilità Gravissima.**

Si invia con preghiera di pubblicazione presso l'Albo Pretorio , il Bando e la relativa modulistica ,per l'assegno favore di persone in condizione di Disabilita' Gravissima.

Distinti saluti

  
IL RESPONSABILE  
(Ass. Sociale Mariagrazia Di Pietro)

24-08-2018  
UNIONE DEI COMUNI MEDIOVOMANO Prot.n. 1758

## AVVISO

### ASSEGNO DISABILITA' GRAVISSIMA A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA - ANNO 2017

La Regione Abruzzo con nota trasmessa a mezzo pec del 10/07/2018 prot. n. 0195364/18/DPF014 ha comunicato lo stanziamento assegnato agli ASD per l'annualità 2017 relativo al Fondo Nazionale Non Autosufficienza (F.N.N.A.). L'Ambito Sociale Distrettuale n. 23 "Fino- Cerrano" – Ambito Gestionale ( Bisenti, Arsita, Castiglione Messer Raimondo, Castilenti, Montefino, Cermignano, Cellino Attanasio, Castellalto, Canzano, Basciano , Penna Sant'Andrea) ha previsto, tra i diversi interventi: **"Servizi per le persone in condizione di disabilità gravissima"**.

L'intervento consiste in un beneficio economico a favore delle persone in condizioni di disabilità gravissima definita dall'art.3 del Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali 26/09/2016, ivi inclusi le persone affette da sclerosi laterale amiotrofica e persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer, che dovrà essere certificata dalla Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.). L'intervento è subordinato alla disponibilità del nucleo familiare ad assicurare la permanenza della persona in condizione di disabilità gravissima nel proprio domicilio. Versano in condizione di disabilità gravissima, come specificato dal suddetto Decreto, le persone beneficiare dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18 o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013 e per le quali sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:

- a) *persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure 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 Ao B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;*
- e) *persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo < 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) > 9. o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;*
- 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 ascritto 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 un punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER)  $\leq 8$ ;*
  - i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche;*
  - j) Persone affette da sclerosi laterale amiotrofica;*
  - k) Persone in stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer*

Ai sensi dell'atto di indirizzo applicativo per lo sviluppo locale degli interventi rivolti alla non autosufficienza si avvisa che l'assegno per le disabilità gravissime è incompatibile con l'assegno di cura, l'assegno vita indipendente.

Le domande, per accedere all'intervento, devono pervenire all'Ufficio Servizi Sociali dell'Unione dei Comuni Colline del Medio Vomano entro il **30/09/2018** utilizzando il modello in allegato a mezzo pec presso il seguente indirizzo : [postacert@pec.unionecomunivomano.gov.it](mailto:postacert@pec.unionecomunivomano.gov.it) o consegnata a mano presso l'Ufficio Servizi Sociali dell'Unione dei Comuni Colline del Medio Vomano, in Piazza G. Garibaldi 1 a Cermignano.

Per informazioni: Servizio Sociale Unione dei Comuni Colline del Medio Vomano  
tel. 0861/667212  
Cell. 329/4921721

Cermignano, 24 agosto 2018

**F.to Il Responsabile del Servizio  
Dott.ssa Mariagrazia Di Pietro**

UNIONE DEI COMUNI MEDIO VOMANO Prot. n. 1758 del 24/08/2018

**MODULO DI DOMANDA PER LA RICHIESTA DELL'ASSEGNO PER DISABILITA'  
GRAVISSIMA  
PIANO LOCALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA – ANNO 2017**

Al Responsabile dei Servizi Sociali  
Dell'Unione dei Comuni "Colline del Medio Vomano"  
Piazza G. Garibaldi n.1  
64037 CERMIGNANO

[Postacert.@pec.unionecomunivomano.gov.it](mailto:Postacert.@pec.unionecomunivomano.gov.it)

**Generalità del richiedente:**

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

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'ammissione all'assegno per disabilità gravissima a favore di persone in condizioni di disabilità gravissima – Piano locale per la non autosufficienza (P.L.N.A.) – anno 2017–

per: (barrare la voce interessata) :

- Se stesso
- Per il signor/ra \_\_\_\_\_ in qualità di:
  - Familiare
  - Tutore
  - Amministratore di sostegno
  - Altro (specificare) \_\_\_\_\_

