 

**PLUS Distretto di Sanluri**

**Unione dei Comuni “Marmilla”**

*Comuni di Barumini, Collinas, Furtei, Genuri, Gesturi, Las Plassas, Lunamatrona, Pauli Arbarei, Samassi, Sanluri, Segariu, Serramanna, Serrenti, Setzu, Siddi, Tuili, Turri, Ussaramanna, Villamar, Villanovaforru, Villanovafranca.*

*ARES – ASL Sanluri*

*Provincia del SUD SARDEGNA*

Email: sanluriplus@unionecomunimarmilla.it

PEC: distrettosanluriplus@legalmail.it

**Al Comune di LUNAMATRONA**

**Al P.U.A. del Distretto Socio-Sanitario di Sanluri - ASL Medio Campidano**

**RICHIESTA PREDISPOSIZIONE PROGETTO PERSONALIZZATO. “Programma “Ritornare a casa Plus” (DGR 5/38 del 29.01.2025). Nuova istanza di accesso al Programma.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pec\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di:

🗆 genitore

🗆 diretto interessato

🗆 familiare (indicare il rapporto di parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

🗆 esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno

🗆 caregiver

**Del Sig./Sig.ra**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **COGNOME NOME**

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pec\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

🗆 **L’accesso** a uno dei Livelli Assistenziali previsti dalle nuove Linee d’Indirizzo Integrate 2025-2026 ai sensi della DGR 5/38 del 29.01.2025;

🗆 **Il cambio** di Livello Assistenziale per un progetto in corso. La nuova valutazione avverrà secondo i criteri previsti dalle nuove Linee d’Indirizzo Integrate 2025-2026 ai sensi della DGR 5/38 del 29.01.2025;

🗆 **La riattivazione** di un progetto sospeso in seguito a ricovero in strutture ospedaliere, strutture residenziali o Hospice per un periodo superiore a 30 giorni. La nuova valutazione avverrà secondo i criteri previsti dalle nuove Linee d’Indirizzo Integrate 2025-2026 ai sensi della DGR 5/38 del 29.01.2025;

**A TAL FINE DICHIARA**

* di essere a conoscenza che il contributo sarà erogato nei limiti delle risorse assegnate all’Unione Comuni Marmilla in qualità di Ente Gestore dell’Ambito PLUS Sanluri dalla Regione Autonoma della Sardegna;
* di aver preso atto dell’Avviso Pubblico e delle nuove Linee d’Indirizzo Integrate 2025-2026 ai sensi della DGR 5/38 del 29.01.2025 allegate all’avviso suddetto quale parte integrante e sostanziale;
* di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli dall’Ufficio di Piano del PLUS e da altri Enti istituzionalmente deputati, per verificare la veridicità di quanto dichiarato anche mediante la consultazione delle banche dati in loro possesso;
* di aver preso atto dell’informativa sul trattamento e la custodia dei dati personali;

**DICHIARA ALTRESÌ**

(barrare **obbligatoriamente** il Livello Assistenziale per il quale si posseggono i requisiti sottoindicati)

**In quanto persona non autosufficiente che si trova nella seguente condizione**:

**Livello Assistenziale Dimissioni Protette**

□ persona anziana non autosufficiente e/o in condizione di fragilità o di persona infrasessantacinquenne ad essa assimilabile, non supportata da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata, per la prosecuzione delle cure a domicilio;

□ in dimissioni protette da un contesto sanitario per la prosecuzione delle cure presso: □ la propria residenza □ struttura di accoglienza (esclusivamente in caso di persona senza fissa dimora).

**Livello Assistenziale Base A**

□ Persone ultrasessantacinquenni con necessità di sostegno elevato ovvero in condizione di disabilità, ai sensi dell’art. 3 della L. n. 104/1992, beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del D.P.C.M. n. 159 del 2013, con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)>=3.

La documentazione deve riportare il quadro clinico dettagliato. La relazione deve essere corredata dalla scheda CDRs con punteggio pari a 3.

Il livello assistenziale base A è compatibile con l’intervento piani personalizzati L. n. 162/1998 solo ed esclusivamente nel caso di persone ultrasessantacinquenni con punteggio nella scheda salute superiore a quaranta. In tutti gli altri casi sussiste l’incompatibilità.

**Livello Assistenziale Base B**

Persone con necessità di sostegno molto elevato ovvero in condizioni di disabilità di cui all’art. 3 del D.M. 26 settembre 2016, beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del D.P.C.M. n. 159 del 2013 e per le quali si sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:

□ A) Persone in condizioni 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 gravissimo stato di demenza con punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)>=4;

□ D) Persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;

□ E) Persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo = 0 <1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC) o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) = 0 > 9, o in stadio 5 di Hoen 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 d'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 la classificazione DSM 5, con QI<= 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. In riferimento alla lettera i) si intendono in condizioni di dipendenza vitale le persone che hanno compromissioni in uno dei domini “motricità” e “stato di coscienza” e in almeno uno dei domini “respirazione” e “nutrizione”, come previsto dall’allegato 2 del D.M. del 26 settembre 2016, accertati secondo le scale e i punteggi di seguito riportati:

□ grave compromissione della funzione respiratoria: deve essere indicata nella scala CIRS, nell’ITEM “apparato respiratorio”, con punteggio pari almeno a 4, oltre alla descrizione del quadro clinico rilevato;

□ grave compromissione della funzione nutrizionale: deve essere indicata nella scala CIRS, nell’ITEM “apparato digerente tratto superiore”, con punteggio pari almeno a 4, oltre alla descrizione del quadro clinico rilevato;

□ grave compromissione dello stato di coscienza: deve essere indicata nella scala CIRS, nell ’ITEM“patologie” del sistema nervoso”, con punteggio pari almeno a 4, oltre alla descrizione del quadro clinico rilevato;

□ grave compromissione della funzione motoria: deve essere indicata nella scala Barthel INDEX (0 100), con punteggio compreso tra 0 e 5.

Il Livello assistenziale base B è compatibile con l’intervento piani personalizzati L. n. 162/1998 solo ed esclusivamente nel caso di persone ultrasessantacinquenni con punteggio nella scheda salute superiore a 40. In tutti gli altri casi sussiste l’incompatibilità.

**Livello Assistenziale PRIMO – Contributo Ordinario**

Persone con necessità di sostegno intensivo ovvero non autosufficienti con totale perdita di autonomia, beneficiarie dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18 o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del D.P.C.M. n. 159 del 2013, che necessitano di **un livello assistenziale molto elevato** per compiere tutte le attività quotidiane e di interventi di natura sociale e sanitaria (medica e infermieristica) effettuabili a domicilio e che si trovano in una o più delle seguenti condizioni:

□ Persona che a seguito di una malattia neoplastica si trovi nella fase terminale, clinicamente documentabile, della vita;

□ Persona con grave stato di demenza valutato sulla base della scala CDRs con punteggio 5;

□ Persona con patologia non reversibile (degenerative e non degenerative con altissimo grado di disabilità);

□ Persona con patologie ad andamento cronico degenerativo con pluripatologia (valutata sulla base della scala CIRS a 14 item, con indice di severità uguale o maggiore di 3 di cui la patologia principale con punteggio pari a 5

**Livello assistenziale SECONDO- contributo potenziamento con due funzioni vitali compromesse**

Riferito a persone che presentano le condizioni previste per l’accesso al Livello Assistenziale Primo e necessità assistenziali sulle 16h, con monitoraggio di carattere sociosanitario intenso con le seguenti due funzioni vitali compromesse:

□ grave compromissione delle funzioni respiratorie

□ grave compromissione delle funzioni nutrizionali

□ perdita completa della funzione deambulatoria autonoma

□ grave compromissione dello stato di coscienza

**Livello assistenziale TERZO - contributo potenziamento con tre funzioni vitali compromesse**

Riferito a persone che presentano le condizioni previste per l’accesso al Livello Assistenziale Primo e necessità assistenziali sulle 24h, con monitoraggio di carattere sociosanitario intenso con le seguenti tre funzioni vitali compromesse:

□ grave compromissione delle funzioni respiratorie

□ grave compromissione delle funzioni nutrizionali

□ perdita completa della funzione deambulatoria autonoma

□ grave compromissione dello stato di coscienza

**A TAL FINE DICHIARA**

Barrare **obbligatoriamente** una o più delle seguenti voci in base al Livello Assistenziale per cui si presenta istanza:

di beneficiaredell’indennità di accompagnamento, di cui alla Legge 11 febbraio 1980, n. 18 o di rientrare nella definizione di non autosufficienza ai sensi dell’allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013;

di essere in possesso del verbale di riconoscimento della disabilità ai sensi dell’art. 3 della L. n. 104/1992;

 b di beneficiare della legge 162/98 con un punteggio scheda salute >40

 di non beneficiare della legge 162/98

 che l’ISEE Sociosanitario in corso di validità è pari a €\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine, si rende disponibile, fin d’ora, a fornire l’ulteriore documentazione necessaria, nonché i necessari chiarimenti, per l’istruttoria della pratica.

**Si allega OBBLIGATORIAMENTE alla presente la seguente documentazione:**

* **Per TUTTI I LIVELLI ASSISTENZIALI:**
* Fotocopia del documento di identità del beneficiario e di chi presenta l’istanza;
* Fotocopia della tessera sanitaria del beneficiario e di chi presenta l’istanza;
* Fotocopia del documento di identità del Caregiver;
* Autocertificazione Caregiver (Allegato C);
* Decreto di nomina di amministratore di sostegno/tutore/curatore (solo nel caso in cui il beneficiario risulti avvalersi di uno dei suddetti istituti giuridici);
* ISEE sociosanitario in corso di validità.
* Per il Livello Assistenziale **Dimissioni Protette:**
* Certificazione di dimissioni protette rilasciata da struttura sanitaria (ospedali, RSA, e le altre strutture individuate come tali nell’ambito del servizio sanitario regionale) attestante la condizione di persona anziana non autosufficiente e/o in condizione di fragilità o di persona infrasessantacinquenne ad essa assimilabile, non supportata da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata, per la prosecuzione delle cure a domicilio;
* Attestazione ISEE.
* Per tutti gli altri livelli (**Base A - B – Primo – Secondo – Terzo**):
* verbale di riconoscimento dell’indennità di accompagnamento o altra certificazione di cui all’allegato 3 del DPCM n.159 del 2013;
* verbale di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
* certificazione medica specialistica rilasciata da specialista pubblico, convenzionato o libero professionista che riporti la diagnosi e il quadro clinico dettagliato sullo stato della malattia del paziente al fine di consentire all’Unità di Valutazione Territoriale la valutazione della situazione e della definizione del Livello Assistenziale;
* Le schede ministeriali e regionali di valutazione compilate dai Medici Specialisti competenti in ragione della patologia e condizione di accesso (es. scala CDR di competenza del medico neurologo/geriatra, scala Karnofsky di competenza del medico oncologo, scala EDSS, scala Glasgow Coma Scale, scala Lamper e Q.I., ASIA ecc…), previste nelle linee di indirizzo allegate alla D.G.R. 5/38 del 29.01.2025.

 **Indicare la scala presentata:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* La Scheda di Valutazione Multidimensionale (CIRS, Scala Barthel, Scala di Bernardini), compilata dal Medico di Medicina Generale o dal Medico specialista della patologia principale.

N.B. **Allegare Certificazione Sanitaria recente e che non sia antecedente agli ultimi 6 mesi dal momento della presentazione dell’istanza, in caso contrario la stessa non sarà presa in considerazione ai fini della valutazione all’ammissione al Programma in argomento.**

**IL SOTTOSCRITTO**

 È informato ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e dell’art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003 n°196 (Codice in materia di Dati Personali), con modifiche e integrazioni di cui al D.lgs. n°101/2018 che i Dati Personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, avendo preso visione dell’informativa sul trattamento dei dati, comprendendone appieno il contenuto.

Con la firma posta in calce alla presente si sottoscrive quanto dichiarato.

LUOGO E DATA

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 FIRMA DEL DICHIARANTE

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**