

b1agina 1 di 1

**anagrafe**

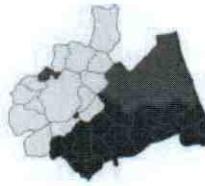
**Da:** "ambito19 fermo" <ambito19@comune.fermo.it>  
**Data:** venerdì 22 dicembre 2017 11:47  
**A:** "COMUNE di ALTIDONA MURRI ILENIA" <servizi sociali@alridona.net>; "COMUNEDI BELMONTE PICENO" <com.belmonste@provincia.ap.it>; "COMUNE di CAMPofiloneMATTONI FRANCA" <campofilone@ucvaldaso.it>; "COMUNE di FALERONE A.S. DESANTIS GIOIA" <protocollo@comunefalerone.it>; "COMUNE di FALERONE A.S. DESANTIS GIOIA" <serviziociali@comunefalerone.it>; "COMUNE di FRANCavillaDELEI GIOVANNETTI ILENIA" <info@comunefrancavilladele.it>; "COMUNE di LAPEDONA PIERONI SOLIDEA" <soldene.pieroni@ucvaldaso.it>; "COMUNELAPEDONA" <lapedona@ucvaldaso.it>; <anagrafe@comune.maglianoditemma.ap.it>; "COMUNE di MASSA FERMANA MARININAZZARIO" <info@comunemassafermana.it>; "COMUNE di MONSAMPIETRO MORICO DESANTIS RENZO" <comune@monsampietromonico.net>; "COMUNE di MONTAPPONE SASSIMARTA" <info@comunemontappone.it>; "COMUNE di MONTE GIBERTO PEZZOLI GIANNA" <comune montegiberto@tiscalinet.it>; "COMUNE di MONTE SAN PIETRANGELO SICLARIPINA" <comune.mspietrangle@virgilio.it>; "COMUNE di MONTE VIDON COMBATTEBORRONI FAUSTO" <serviziademografici@comune.montevidoncombattefroni.it>; <anagrafe@comune.montevidoncorrado.fm.it>; <dina.felicioni@comune.montegiorgio.ap.it>; <serviziociali@comune.montegiorgio.it>; "COMUNE di MONTEGRANARO A.S. AURORACAROSI" <sociali@comune.montegranaro.fm.it>; <com.monteleone@provincia.ap.it>; "COMUNE di MONTERINALDO CIOTTI FRANCESCA" <com.monterinaldo@provincia.fm.it>; "COMUNE di MONTERUBBIANO ANNIBALDI ELISA" <monterubbiano@ucvaldaso.it>; "ANAGRAFE COMUNE DI MONTERUBBIANO" <anagrafe.monterubbiano@ucvaldaso.it>; "COMUNE di MONTOTTONE DEL GOBBOFEDERICA" <servizi демографici@montottone.eu>; "COMUNE MORESCO" <moreesco@ucvaldaso.it>; "COMUNE di ORTEZZANO BORRONI FAUSTO" <serviziademografici@comune.ortezzano.fm.it>; "PEDASO SERVIZI SOCIALI" <sociale.pedaso@ucvaldaso.it>; "COMUNE di PETRITOLI GIACOMOZZI RAFFAELA" <affargenerali@petritoli.net>; "COMUNE di PONZANO DI FERMO CATALINIENNIO" <comune@ponzanodifermo.org>; "COMUNE di PORTO SAN GIORGIO FUSELLI MARIA" <maria.fuselli@comune-psg.org>; "COMUNE di RAPAGNANO BACALINI MARIA GIORDANA" <anagrafe@comune.rapagnano.fm.it>; "COMUNE di SERVIGLIANO CESETTI ALBERTO" <comune@pec.comune.servigliano.fm.it>; "COMUNE TORRE SAN PATRIZIO" <info@comune.torresanpatrizio.fm.it>; "UNIONE COMUNE VALDASO" <ucvaldaso@ucvaldaso.it>  
**Allega:** Avviso Pubblico Disabilità Gravissime anno 2017.pdf; Allegato E.pdf; Allegato C.pdf; Allegato B1.pdf; Allegato B.pdf  
**Oggetto:** Avviso Pubblico Disabilità Gravissime - anno 2017

Buongiorno,

si prega la diffusione degli allegati.

Cordialmente, l'Ufficio di Coordinamento dell'ATS XIX.





#### **AMBITO TERRITORIALE SOCIALE XIX**

Ente Capofila Comune di Fermo - Comuni di Altidona, Belmonte Piceno, Campofilone, Falerone, Francavilla d'Ete, Grottazzolina, Lapedona, Magliano di Tenna, Massa Fermana, Monsampietro Morico, Montappone, Monte Giberto, Montegiorgio, Montegranaro, Monteleone di Fermo, Monte Rinaldo, Monterubbiano, Monte San Pietrangeli, Monte Vidon Combatte, Monte Vidon Corrado, Montottone, Moresco, Ortezzano, Pedaso, Petritoli, Ponzano di Fermo, Porto San Giorgio, Rapagnano, Servigliano, Torre San Patrizio.

Vista la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1120 del 02/10/2017;

Visto il Decreto regionale del Servizio Politiche Sociali e Sport n. 147 del 31/10/2017;

Vista la Deliberazione del Comitato dei Sindaci dell'ATS XIX n. 37 del 24/11/2017;

Vista la Determinazione del Dirigente dei Servizi Sanitari del Comune di Fermo n. 556 del 27/11/2017 R.G. 2124

#### **AVVISO PUBBLICO**

#### **INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIME EX ART. 3 DEL D.M. 26/09/2016.**

**ANNO 2017**

#### **Destinatari dell'intervento**

Ai sensi di quanto riportato all'art. 3 c. 2 del D.M. 26/09/2016 beneficiari dell'intervento sono:

*"per persone in condizione di disabilità gravissima", ai soli fini del presente decreto, si intendono le persone 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 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 di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala *Glasgow Coma Scale* (GCS) $\leq$ 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) $\geq$ 4;
- d) persone con lesioni spinali, 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  $\leq 1$  ai 4 arti alla scala *Medical Research Council* (MRC), o con punteggio alla *Expanded Disability Status Scale* (EDSS)  $\geq 9$ , 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 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)  $\leq 8$ ;
- 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;

In riferimento alla lettera i) l'utente dovrà produrre certificazione specialistica di struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata che certifichi la condizione di dipendenza psico-fisica inerente alla patologia di cui è portatore, attestando quindi la condizione di "dipendenza vitale", secondo l'allegato 2 del DM 26/09/2016 "Altre persone in condizione di dipendenza vitale".

Non devono fare domanda alla Commissione Medica coloro che alla data del 31 Gennaio 2018 possiedono già la certificazione attestante la condizione di "disabilità gravissima". Gli stessi dovranno recarsi nel proprio Comune di residenza entro il **13 aprile 2018** per formulare la richiesta di contributo sull'apposito (modello "E" del Decreto n. 147/2017).

#### **Saranno escluse**

Sono esclusi dal beneficio economico in questione:

- a) i soggetti ospiti di strutture residenziali;
- b) i soggetti che beneficiano del contributo regionale "Vita Indipendente";
- c) I soggetti che beneficiano del contributo previsto per le persone affette da Sindrome Laterale Amiotrofica (SLA);
- d) I soggetti che beneficiano del contributo "Assegno di cura" rivolto agli anziani non autosufficienti.

#### **Modalità di attuazione**

##### **▪ Domanda per il riconoscimento della particolare gravità**

Il disabile o la sua famiglia, presenta domanda per il riconoscimento della condizione di disabilità gravissima, su apposito modello (**allegato "B" o "B1" del Decreto n. 147/2017**) , disponibile presso il Comune di residenza, alla Commissione Sanitaria provinciale territorialmente competente, entro il **31 gennaio 2018**.

La domanda può essere spedita con raccomandata con ricevuta di ritorno o tramite PEC al seguente



indirizzo: **ASUR A. V. 4 – FERMO Segreteria Commissione Sanitaria Provinciale Via Zeppilli n. 18 – 63900 FERMO – PEC: areavasta4.asur@emarche.it** e deve essere corredata da verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18 o di cui all'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013 e dalla **certificazione medica specialistica di struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata, redatta secondo il modello di cui all'allegato “C” del Decreto n. 147/2017** attestante almeno una delle condizioni previste dalla lettera a) alla lettera i) di cui sopra.

Le Commissioni sanitarie provinciali verificano la congruità della documentazione prodotta ai fini del riconoscimento della condizione di "disabilità gravissima", nel rispetto delle schede di valutazione di cui al D.M. del 26/11/2016, potendo anche, se necessario, sottoporre ad accertamento collegiale la persona richiedente.

Successivamente, le stesse provvedono a trasmettere al diretto interessato e al Comune di residenza la certificazione relativa al riconoscimento della condizione di disabilità gravissima necessaria per la richiesta del contributo da trasmettere alla Regione Marche -Servizio Politiche Sociali e Sport.

▪ ***Domanda di contributo***

Successivamente al riconoscimento della situazione di particolare gravità da parte della Commissione Sanitaria Provinciale e in considerazione della scadenza del **30 Aprile** stabilita dalla Regione Marche, per l'invio da parte dell'Ente Comunale delle richieste di contributo, il disabile o la sua famiglia deve prendere contatti con il Comune di residenza entro e non oltre il **13 Aprile 2018** per la presentazione della domanda di contributo attraverso l'utilizzo di apposito (**allegato “E” del Decreto n. 147/2017**).

**Informazioni e Modelli di domanda**

**Per scaricare il modello di domanda e avere maggiori informazioni, gli interessati potranno rivolgersi presso:**

\* il proprio Comune di residenza;

\* gli uffici dell'Ambito Sociale XIX presso la sede operativa di P.le Azzolino, 18, Fermo al n. di tel. 0734/603167- 0734/603174

\* Centro Montessori – U. O. Disabili del Comune di Fermo tel. 0734/628782

email: [ambito19@comune.fermo.it](mailto:ambito19@comune.fermo.it) – [info.acca@comune.fermo.it](mailto:info.acca@comune.fermo.it)

consultando I siti web:

[www.ambitosociale19.it](http://www.ambitosociale19.it)

[http://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Sociale/Disabilità#2360\\_Bandi-e-Riparti](http://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Sociale/Disabilità#2360_Bandi-e-Riparti)

[http://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Sociale/Disabilità#3049\\_Modulistica](http://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Sociale/Disabilità#3049_Modulistica)

Fermo, 28/11/2017

IL COORDINATORE DELL'AMBITO  
SOCIALE XIX

Dott. Alessandro Ranieri

F.to in originale

IL DIRIGENTE DEI SERVIZI SOCIO-  
SANITARI DEL COMUNE DI FERMO

Dott. Giovanni Della Casa

F.to in originale



### **Informativa ex D.Lgs. 196/03 art. 13 (Privacy)**

#### **Titolare del trattamento**

Per la fase successiva alla presentazione della domanda di contributo: il Comune di residenza dell'utente Settore Servizi Socio-Sanitari.

Per la fase successiva all'invio alla Regione Marche delle domande di contributo e successivi adempimenti: il Comune di Fermo, ente capofila dell'ATS XIX.

#### **Responsabile del trattamento**

Per la fase successiva alla presentazione della domanda di contributo: il Dirigente/Responsabile del Settore Servizi Socio-Sanitari del Comune di residenza dell'utente.

Per la fase successiva all'invio alla Regione Marche delle domande di contributo e successivi adempimenti: il Dirigente del Settore Servizi Socio-Sanitari del Comune di Fermo, ente capofila dell'ATS XIX.

#### **Incaricati**

Sono autorizzati al trattamento dei dati, in qualità di incaricati, i dipendenti assegnati anche temporaneamente per esigenze organizzative al Settore Servizi Socio-Sanitari del Comune di residenza o del Comune di Fermo, ente capofila dell'ATS XIX.

#### **Finalità**

I dati dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria, archiviazione della domanda e per le finalità strettamente connesse.

#### **Modalità**

Il trattamento verrà effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaboratori elettronici a disposizione degli uffici.

#### **Ambito comunicazione**

I dati verranno utilizzati dal Comune di residenza dell'utente e/o dal Comune di Fermo, ente capofila dell'ATS XIX, secondo la rispettiva competenza. Potranno essere comunicati alla Regione Marche, al Ministero delle Finanze, alla Guardia di Finanza o ad altri Enti Pubblici autorizzati al trattamento, per le stesse finalità sopra indicate e per verificare l'effettiva sussistenza dei requisiti richiesti per l'erogazione del contributo per spese di locazione.

#### **Obbligatorietà**

Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter usufruire del beneficio in presenza dei requisiti; la conseguenza nel caso di mancato conferimento dei dati è la sospensione del procedimento.

#### **Diritti**

L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento ed integrazione, nonché di cancellazione dei dati, come previsto dagli artt. 7 e seguenti del D. Lgs. 196/03, rivolgendosi all'indirizzo specificato.

### **Informativa ex Legge n. 241/1990**

#### **Amministrazione competente**

Per la fase successiva alla presentazione della domanda di contributo: il Comune di residenza Settore Servizi Socio-Sanitari.

Per la fase successiva all'invio alla Regione Marche delle domande di contributo e successivi adempimenti: il Comune di Fermo, ente capofila dell'ATS XIX.

#### **Oggetto del procedimento**

Interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissime cui all'art. 3 del d.m. 26/09/2016. anno 2016.

#### **Responsabile del procedimento:**

Per la fase successiva alla presentazione della domanda di contributo: il Dirigente/responsabile del Settore Servizi Socio-Sanitari del Comune di residenza.

Per la fase successiva all'invio alla Regione Marche delle domande di contributo e successivi adempimenti: il Coordinatore dell'ATS XIX, dott. Alessandro Ranieri.

**Inizio del procedimento:** l'avvio del procedimento decorre dalla data di ricevimento della domanda di contributo presso i Servizi Protocollo del Comune di residenza; i termini di conclusione del procedimento sono indicati in 90 giorni dalla data di effettiva erogazione da parte della Regione Marche del finanziamento di che trattasi;

**Uffici in cui si può prendere visione degli atti:** Settore Servizi Socio-Sanitari del Comune di residenza e presso l'Ufficio di Coordinamento dell'ATS XIX, secondo la rispettiva competenza- nei giorni e negli orari di apertura al pubblico con le modalità previste dagli artt. 22 e seguenti della L. 241/1990.



**ALLEGATO "E"**

Al Signor Sindaco del Comune di \_\_\_\_\_

---

---

---

**DOMANDA DI CONCESSIONE DI CONTRIBUTO PER L'INTERVENTO A FAVORE DI PERSONE IN  
CONDIZIONE DI "DISABILITÀ GRAVISSIMA" - ANNO \_\_\_\_\_  
(D.M. 26/09/2016 - DGR 1120/2017)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

in qualità di:

- persona disabile in situazione di "disabilità gravissima"
- genitore
- familiare
- esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno

per conto di:

nome e cognome \_\_\_\_\_

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

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**alla Regione Marche, per il tramite del Comune di residenza, il contributo per l'assistenza a favore  
di persone in condizione di "disabilità gravissima" fornita da:**

- genitore/familiare convivente
- genitore/familiare non convivente
- operatore esterno

a tal fine DICHIARA

#### **1. la persona disabile in condizione di “disabilità gravissima”**

- è inserito nel percorso di istruzione/formazione scolastica

è inserito in un Centro Socio Educativo Riabilitativo Diurno di cui all'art. 13 della L.R. 18/96 o in un Centro di Riabilitazione pubblico o privato accreditato ai sensi della L.R. 21/2016 sulla base di un piano educativo individualizzato predisposto dalla competente UMEA.

## **2. che la persona in condizione di “disabilità gravissima”**

- non beneficia del contributo regionale relativo al progetto "Vita Indipendente".
  - non beneficia del contributo regionale relativo all'intervento "Riconoscimento del lavoro di cura dei caregiver attraverso l'incremento del contributo alle famiglie per l'assistenza a persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica".
  - non beneficia dell'Assegno di cura per anziani non autosufficienti.

3. che le coordinate del conto corrente bancario/postale sono le seguenti:

## Data

**Firma**

Si allega copia fotostatica del documento di riconoscimento.

E' consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000).

L' Addetto alla ricezione Ass. Soc.  
ovvero altro referente dell'Ente locale

**Allegato "C"**

**CERTIFICAZIONE MEDICA SPECIALISTICA  
DELLA CONDIZIONE DI "DISABILITA' GRAVISSIMA"  
(art. 3 del D.M. 26/09/2016)**

Il/La sottoscritto/a Dr./ Dr.ssa \_\_\_\_\_  
in servizio presso<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

**CERTIFICA CHE**

Il/La Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**E' AFFETTO/A DA PATOLOGIA TALE DA RIENTRARE IN ALMENO UNA<sup>2</sup> 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) $\leq 10$  (PUNTEGGIO RISCONTRATO: \_\_\_\_\_);
- 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) $\geq 4$  (PUNTEGGIO RISCONTRATO: \_\_\_\_\_);
- 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  $\leq 1$  ai 4 arti alla scala *Medical Research Council* (MRC), o con punteggio alla *Expanded Disability Status Scale* (EDSS)  $\geq 9$  - PUNTEGGIO RISCONTRATO: \_\_\_\_\_ - 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 ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;

<sup>1</sup> Indicare dove lo specialista opera: struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata.

<sup>2</sup> Possono essere indicate anche più condizioni.

h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con QI<=34 (PUNTEGGIO RISCONTRATO: \_\_\_\_\_) e con punteggio sulla scala *Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation* (LAPMER) <=8 (PUNTEGGIO RISCONTRATO: \_\_\_\_\_);

i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale (vedi allegato 2, DM 26/09/2016) che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

**N.B. Lo specialista deve sempre barrare la voce che ricorre ed indicare, laddove richiesto, il punteggio della scala funzionale accertato.**

Data \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO SPECIALISTA

**Allegato "B 1"**

MODELLO DI DOMANDA REDATTA DA TERZI

**SPETT.LE COMMISSIONE SANITARIA PROVINCIALE  
c/o SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE  
ASUR - AREA VASTA N. \_\_\_\_\_**

Via \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DELLA CONDIZIONE DI "DISABILITA' GRAVISSIMA"  
(ai sensi del D.M. 26/09/2016 )**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ email\_\_\_\_\_

in qualità di:

- genitore  
 familiare  
 esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno

per conto di:

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

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

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Che il suddetto venga ammesso alla valutazione per il rilascio della certificazione attestante la condizione di "disabilità gravissima" di cui al D.M. 26/09/2016 ai fine della concessione del contributo regionale di cui alla DGR 1120/2017.



A tal fine dichiara:

- di beneficiare dell'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;

e di trovarsi almeno in 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) $\leq$ 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) $\geq$ 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  $\leq$  1 ai 4 arti alla scala *Medical Research Council* (MRC), o con punteggio alla *Expanded Disability Status Scale* (EDSS)  $\geq$  9, o in stadio 5 di *Hoehn e Yahr mod*;
- f) persone con depravazione 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)  $\leq$ 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.

N.B.: nel caso in cui ricorra la condizione di cui alla lett. i) l'utente dovrà produrre certificazione specialistica di struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata che certifichi la condizione di dipendenza psico-fisica inherente alla patologia di cui è portatore, attestando quindi la condizione di "dipendenza vitale", secondo l'allegato 2 del DM 26/09/2016 "Altre persone in condizione di dipendenza vitale"

Allega la seguente documentazione:

1. Copia del verbale di indennità di accompagnamento rilasciato dall'INPS. (**Allegare la copia del verbale senza gli OMISSIS, ovvero la copia del verbale dove sono chiaramente specificate le patologie della persona disabile.**)
2. Certificazione medica specialistica attestante una delle condizioni previste dalla lettera a) alla lettera i) sopra riportate.
3. Copia fotostatica del documento di riconoscimento **della persona che compila la domanda e della persona disabile.**

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

l'importazione di cibi e bevande

per la ristorazione e la

produzione di cibi e bevande

per la ristorazione e la

produzione di cibi e bevande

per la ristorazione e la

produzione di cibi e bevande

per la ristorazione e la

produzione di cibi e bevande

per la ristorazione e la

produzione di cibi e bevande

per la ristorazione e la

produzione di cibi e bevande

per la ristorazione e la

produzione di cibi e bevande

per la ristorazione e la

produzione di cibi e bevande

per la ristorazione e la

produzione di cibi e bevande

per la ristorazione e la

produzione di cibi e bevande

per la ristorazione e la

produzione di cibi e bevande

per la ristorazione e la

produzione di cibi e bevande

per la ristorazione e la

produzione di cibi e bevande

per la ristorazione e la

produzione di cibi e bevande

per la ristorazione e la

produzione di cibi e bevande

per la ristorazione e la

produzione di cibi e bevande

per la ristorazione e la

produzione di cibi e bevande

per la ristorazione e la

produzione di cibi e bevande

per la ristorazione e la

produzione di cibi e bevande

per la ristorazione e la

produzione di cibi e bevande

per la ristorazione e la

produzione di cibi e bevande

per la ristorazione e la

produzione di cibi e bevande

per la ristorazione e la

produzione di cibi e bevande

per la ristorazione e la

produzione di cibi e bevande

per la ristorazione e la

produzione di cibi e bevande

per la ristorazione e la

produzione di cibi e bevande

per la ristorazione e la

produzione di cibi e bevande

per la ristorazione e la

produzione di cibi e bevande

per la ristorazione e la

produzione di cibi e bevande

per la ristorazione e la

produzione di cibi e bevande

**Allegato "B"**

MODELLO DI DOMANDA REDATTA DAL DISABILE

**SPETT.LE COMMISSIONE SANITARIA PROVINCIALE  
c/o SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE  
ASUR - AREA VASTA N.**

Via \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DELLA CONDIZIONE DI "DISABILITA' GRAVISSIMA"  
(ai sensi del D.M. 26/09/2016 )**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso alla valutazione per il rilascio della certificazione attestante la condizione di "disabilità gravissima" di cui al D.M. 26/09/2016 ai fine della concessione del contributo regionale di cui alla DGR n. 1120/2017.

A tal fine dichiara:

di beneficiare dell'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;

e di trovarsi almeno in 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 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 depravazione 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<=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 psico-fisiche.

*N.B.: nel caso in cui ricorra la condizione di cui alla lett. i) l'utente dovrà produrre certificazione specialistica di struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata che certifichi la condizione di dipendenza psico-fisica inherente alla patologia di cui è portatore, attestando quindi la condizione di "dipendenza vitale", secondo l'allegato 2 del DM 26/09/2016 "Altre persone in condizione di dipendenza vitale".*

Allega la seguente documentazione:

1. Copia del verbale di indennità di accompagnamento rilasciato dall'INPS. (**Allegare la copia del verbale senza gli OMISSIS, ovvero la copia del verbale dove sono chiaramente specificate le patologie della persona disabile).**
2. Certificazione medica specialistica attestante una delle condizioni previste dalla lettera a) alla lettera i) sopra riportate.
3. Copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA