

**anagrafe@comune.montevidoncorrado.fm.it**

**Da:** "ambito19 fermo" <ambito19@comune.fermo.it>  
**Data:** martedì 12 gennaio 2021 16:45  
**A:** <info@comune.torresanpietrozio.fm.it>; <anagrafe@comune.servigliano.fm.it>;  
<info@comune.rapagnano.fm.it>; <anagrafe@comune.rapagnano.fm.it>; <traide\_fanesi@comune-  
psg.org>; <cristina.mattuccici@comune-psg.org>; <storgiapeci@comune-psg.org>;  
<comune@ponzanodifermo.org>; <affangeli@petrioli.net>; <protocollo@petrioli.net>;  
<sociale.pedaso@ucvaldaso.it>; <pedaso@ucvaldaso.it>; <barbara.turtu@ucvaldaso.it>;  
<protocollo@comune.ortezzano.fm.it>; <servizi demografici@comune.ortezzano.fm.it>;  
<morescu@ucvaldaso.eu>; <servizi demografici@monottone.eu>; <ufficio.ragoneria@monottone.eu>;  
<monterubbiano@ucvaldaso.it>; <anagrafe monterubbiano@ucvaldaso.it>;  
<com.monterinaldo@provincia.fmn.it>; <personale@comune.montegranaro.fmn.it>;  
<sociali@comune.montegranaro.fmn.it>; <protocollo@comune.montegranaro.fmn.it>;  
<sociale\_montegiorgio@lithero.it>; <protocollo@comune.montegiorgio.fmn.it>;  
<adele.ciccangeli@comune.montegiorgio.fmn.it>; <comune.montegiorgio@fiscaleline.it>;  
<anagrafe@comune.montevidoncorrado.fmn.it>;  
<servizi demografici@comune.montevidoncorrado.fmn.it>;  
<protocollo@comune.montevidoncorrado.fmn.it>; <segreteria@comune.montesapietrangeli.fmn.it>;  
<ragioneria@comunemonterappone.it>; <info@comunemonterappone.it>;  
<comune@monsampietromonico.net>; <info@comunemassaferrana.it>;  
<amagrafe@comune.maglianoeditonia.fmn.it>; <solida.pieroni@ucvaldaso.it>;  
<lapedona@ucvaldaso.it>; <demografici@comune.grottazzolina.it>; <segreteria@comune-  
grottazzolina.it>; <demografici@comune.grottazzolina.it>; <info@comunefancavilladete.it>;  
<carlo.giarratta@comune.fermo.it>; <gianni.dilacasa@comune.fermo.it>;  
<serviziociali@comune.falerone.it>; <protocollo@comune.falerone.it>; <campofilone@ucvaldaso.it>;  
<stefania.pasqualini@ucvaldaso.it>; <ragioneria@comunebelmontepiceno.it>; <glibernini@gmail.com>;  
<servizi sociali@albidona.net>

**Allega:** Prot\_Par\_001877 del 12-01-2021 - Documento informativo ai comuni dista' 2020 pdf; Allegato A  
Avviso Pubblico.docx; Allegato B.docx; Allegato B1.docx; Allegato C.docx; Allegato D.docx; Allegato  
E.docx

**Oggetto:** avviso pubblico interventi a favore delle persone in condizione di disabilità gravissime anno 2020.  
Comunicazione avvio bando e invio documenti per pubblicazione sito istituzionale

Si invia in allegato quanto in oggetto, onde avvisare avvio bando disabilità gravissime 2020 e per pubblicazione  
documenti inviati su sito istituzionale.  
Cordiali saluti.  
Sonia Paci Claretti



Ai Sindaci dei Comuni dell'ATS XIX  
Ai Responsabili dei Servizi Sociali

LORO INDIRIZZI

**Oggetto: Avviso Pubblico Interventi a favore delle persone in condizione di disabilità gravissime – anno 2020 - Comunicazione avvio bando e invio documenti per pubblicazione sito istituzionale.**

Si comunica che come richiesto dalla normativa regionale, il Comune di Fermo, in qualità di ente capofila dell'ATS XIX, con determinazione dirigenziale n.12 R.G. n.25 del 12/01/2020 ha provveduto alla pubblicizzazione dell'"Avviso Pubblico Interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissime di cui all'art. 3 del D.M. 26/09/2016 - anno 2020".

Come previsto dalle procedure amministrative approvate dal Comitato dei Sindaci, ciascun Comune dovrà provvedere alla pubblicazione sul proprio sito istituzionale del bando e della relativa modulistica ENTRO IL 21 GENNAIO 2021

Nel rinviare all'avviso pubblico allegato alla presente comunicazione per ulteriori informazioni, si ricorda che:

- Il disabile o la sua famiglia, presenta domanda per il riconoscimento della condizione di disabilità gravissima, tramite **modello B (se redatta dal disabile) o B1 (se redatta da terzi)**, allegati al **Decreto n. 374/2020**, alla Commissione Sanitaria provinciale territorialmente competente, entro il 26 Febbraio 2021.
- Unitamente al modello di domanda B o B1, l'utente deve presentare alla Commissione Sanitaria Provinciale:
  - **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
  - **Certificazione medica specialistica di struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata, redatta secondo il modello di cui all'allegato "C"** del Decreto 374/2020 attestante almeno una delle condizioni previste dalla lettera a) alla lettera i) ai sensi di quanto riportato all'art. 3 c. 2 del D.M. 26/09/2016;
- Le Commissioni sanitarie provinciali provvedono, entro il 16 aprile 2021, a trasmettere al diretto interessato e al Comune di residenza, utilizzando **l'allegato "D"**, la certificazione relativa al riconoscimento della condizione di disabilità gravissima necessaria per la richiesta del contributo regionale.
- La persona con certificazione di Disabilità Gravissima o la sua famiglia deve prendere contatti con il Comune di residenza entro e non oltre il 26 Aprile 2021 per la presentazione della domanda di contributo attraverso l'utilizzo del **modello "E"** allegato al **Decreto n. 374/2020**.
- L'Ente locale provvede ad inserire i dati relativi alle singole domande su supporto informatico fornito dal Servizio Politiche Sociali e Sport tramite il Centro di Ricerca e Documentazione sulle Disabilità, che verrà reso disponibile: **dal 15 marzo al 30 aprile 2021**.
- L'Ente locale dovrà trasmettere all'ATS di appartenenza con propria delibera/determina, unitamente alla **scheda riepilogativa**, la documentazione di seguito indicata per ciascun

beneficiario:

- richiesta contributo - allegato "E";
- certificazione relativa al riconoscimento della condizione di disabilità gravissima rilasciata dalle Commissioni Sanitarie provinciali - allegato "D";
- nel caso di persone con disabilità in età scolare che, per ragioni legate alla gravità della patologia, non frequentano la scuola occorre presentare un attestato da parte di uno specialista del S.S.R. o del privato accreditato che indica le ragioni per le quali il soggetto non può frequentare la scuola.

Si precisa inoltre che **non devono** fare domanda alla Commissione Medica coloro che alla data del **26 Febbraio 2021** possiedono già la certificazione attestante la condizione di "disabilità gravissima". Tuttavia si raccomanda vivamente gli Enti Locali a contattare telefonicamente tutti gli utenti del proprio territorio già in possesso del riconoscimento sanitario, per informarli in merito alla data di scadenza del **26 Aprile 2021** per formulare la richiesta di contributo, sull'apposito modello "E", presso il proprio Comune di residenza.

**Si ricorda inoltre che l'IBAN indicato nel modello di Domanda "Allegato E" deve essere intestato al Beneficiario e deve corrispondere ad un Conto Corrente Postale o Bancario (Non è idoneo il libretto per accredito pensione INPS)**

**Solo in caso di minore età del beneficiario il conto corrente può essere intestato al genitore richiedente.**

In Caso di beneficiario sottoposto ad Amministrazione di Sostegno, Tutela di altro genere dovrà essere allegato il decreto di nomina del Legale Rappresentante in cui sia espressamente dichiarato dal Giudice Tutelare che l'amministratore può utilizzare il proprio C/c per gli adempimenti in nome e per conto del beneficiario.

Si comunica infine che l'ATS XIX provvederà alla stampa di un numero congruo di manifesti per la opportuna pubblicizzazione sul territorio, chiediamo quindi di sostituire i manifesti del precedente bando con quelli nuovi che vi forniremo quanto prima.

Si rimane in ogni caso a disposizione per ogni chiarimento necessario e si inviano cordiali saluti.

IL COORDINATORE DELL'ATS XIX

Dott. Alessandro Ranieri



Per info:

Ist. Dir. Sonia Paci Claretti

Tel. 0734/603167

e-mail: [sonia.paci@comune.fermo.it](mailto:sonia.paci@comune.fermo.it)

Ass. Soc. Elisa Lanciotti

e-mail: [info.ambito19@comune.fermo.it](mailto:info.ambito19@comune.fermo.it)

Tel. 0734/603167

Ente Capofila Comune di Fermo, Comuni di Altidona, Belmonte Piceno, Campofilone, Falerone, Francavilla d'Ete, Grottazolina, Lapedona, Magliano di Tenna, Massa Fermana Monsampietro Morico, Montapponne, Monte Giberto, Montegiorgio, Montegranaro, Monteleone di

Ufficio di Coordinamento  
della Rete dei Servizi  
Sociali  
dell'Ambito Territoriale XIX  
63900 Fermo (FM)

Tel. +39 0734 603174  
+39 0734 622794 - 603167  
Fax +39 0734 62317  
[www.ambitosociale19.it](http://www.ambitosociale19.it)  
[ambito19@comune.fermo.it](mailto:ambito19@comune.fermo.it)  
[coordinatore@pec.ambitosociale19.it](mailto:coordinatore@pec.ambitosociale19.it)

## Allegato "A"

### DGR 1424/2020 - INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIME DI CUI ALL'ART. 3 DEL D.M. 26/09/2016. AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI CONTRIBUTO - ANNO 2020.

Con il presente atto vengono di seguito individuate le procedure amministrative da porre in essere ai fini del conseguimento del contributo regionale per l'anno 2020 per interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissime di cui all'art. 3 del D.M. 26/09/2016 i cui criteri sono stati definiti con la DGR n.1424 del 16/11/2020.

Entro il **22 gennaio 2021**, l'Ente locale pubblica un apposito bando con il quale fornisce tutte le possibili informazioni in riferimento all'intervento in questione e fissa al **26 febbraio 2021** il termine per la presentazione, da parte delle persone con disabilità o loro familiari, della domanda per il riconoscimento della condizione di disabilità gravissima di cui all'art. 3 c. 2 del D.M. 26/09/2016 alla competente Commissione sanitaria provinciale al fine di accedere al contributo regionale.

L'Ente locale individua, inoltre, un proprio referente, preferibilmente l'assistente sociale, con il compito di fornire idonee informazioni al fine di non creare inutili aspettative alle persone con disabilità e alle loro famiglie e nel contempo

di non sovraccaricare inutilmente l'attività delle Commissioni sanitarie provinciali competenti che devono procedere alla valutazione delle condizioni di disabilità gravissima di cui all'art. 3 c. 3 del D.M. 26/09/2016 attraverso le scale riportate negli Allegati 1 e 2 del medesimo decreto ministeriale.

La persona con disabilità o la sua famiglia inoltra, tramite spedizione con raccomandata con ricevuta di ritorno o tramite PEC, la domanda per il riconoscimento della condizione di disabilità gravissima alle Commissioni sanitarie provinciali territorialmente competenti, operanti presso le Aree Vaste n. 1-2-3-4-5 (vedasi indirizzi sotto indicati), utilizzando il modello di domanda di cui agli allegati "B" ed "B1".

- **A.V. 1 - PESARO** Segreteria Commissione Sanitaria Provinciale:  
U.O.Medicina Legale Via Nitti,30 - 61100 PESARO  
PEC: [areavasta1.asur@emarche.it](mailto:areavasta1.asur@emarche.it)
- **A.V. 2 - ANCONA** Segreteria Commissione Sanitaria Provinciale:  
c/o sede di Osimo - Piazza del Comune, 4 - 60027 OSIMO (AN)  
PEC: [areavasta2.asur@emarche.it](mailto:areavasta2.asur@emarche.it).
- **A.V. 3 - MACERATA** Segreteria Commissione Sanitaria Provinciale:  
Via Annibali 31/L - 62100 PIEDIRIPA DI MACERATA (MC)  
PEC: [areavasta3.asur@emarche.it](mailto:areavasta3.asur@emarche.it) .
- **A.V. 4 - FERMO** Segreteria Commissione Sanitaria Provinciale  
Via Zeppilli n. 18 - 63900 FERMO  
PEC: [areavasta4.asur@emarche.it](mailto:areavasta4.asur@emarche.it)
- **A.V. 5 - ASCOLI PICENO** Segreteria Commissione Sanitaria Provinciale  
Via degli Iris - 63100 ASCOLI PICENO  
PEC: [areavasta5.asur@emarche.it](mailto:areavasta5.asur@emarche.it)

La domanda deve essere corredata dal 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" al presente decreto,

attestante almeno una delle condizioni previste dalla lettera a) alla lettera i) di cui all'art 3 c. 2 del D.M. 26/09/2016 di seguito riportati:

- 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 (vedi Allegato 2 del D.M. 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.

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 coloro che alla data del 26 febbraio 2021 possiedono già la certificazione attestante la condizione di "disabilità gravissima".

Saranno escluse le domande che verranno presentate oltre il termine del 26 febbraio 2021 di cui sopra (fa fede il timbro postale/protocollo PEC) alle Commissioni sanitarie provinciali o che risulteranno incomplete della documentazione richiesta ovvero prive del verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento e/o della certificazione medica specialistica.

Le Commissioni sanitarie provinciali acquisiscono la suddetta documentazione e ne verificano la congruità ai fini del riconoscimento della condizione di "disabilità gravissima", nel rispetto delle schede di valutazione di cui al D.M. del 26/09/2016, potendo anche, se necessario, sottoporre ad accertamento collegiale la persona richiedente.

Le Commissioni sanitarie provinciali provvedono, entro il **16 aprile 2021**, a trasmettere al diretto interessato e al Comune di residenza, utilizzando l'allegato "D", la certificazione relativa al riconoscimento della condizione di disabilità gravissima necessaria per la richiesta del contributo regionale.

Le suddette Commissioni provvedono a trasmettere alla Regione Marche - Servizio Politiche Sociali e Sport entro la data del **23 aprile 2021** l'elenco dei richiedenti il riconoscimento della condizione di "disabilità gravissima" con specifica indicazione di quelli riconosciuti o non riconosciuti in tale condizione.

La persona con disabilità o il genitore o il familiare o l'esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno provvedono immediatamente a prendere contatti con il proprio Comune di residenza per redigere la richiesta di contributo utilizzando il modello di cui all'allegato "E".

Il referente dell'Ente locale **avvia l'istruttoria della domanda per richiedere il contributo** e verifica l'eventuale presenza di tutte le condizioni che possono precludere l'accesso al contributo regionale, sulla base di quanto previsto dalla DGR n.1424/2020.

Sono esclusi dal contributo regionale i soggetti ospiti di strutture residenziali.

Nel caso in cui il disabile sia stato ricoverato in struttura ospedaliera per un periodo di tempo superiore ai 30 gg. il contributo sarà sospeso per i giorni di ricovero successivi al trentesimo giorno.

L'intervento è alternativo al progetto "Vita Indipendente", 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", all'intervento a favore di minori affetti da malattie rare di cui alla DGR n.475/2019 e alla misura "Assegno di cura" rivolto agli anziani non autosufficienti.

L'Ente locale provvede ad inserire i dati relativi alle singole domande su supporto informatico fornito dal Servizio Politiche Sociali e Sport tramite il Centro di Ricerca e Documentazione sulle Disabilità, che verrà reso disponibile: **dal 15 marzo al 30 aprile 2021**.

Tali dati verranno poi aggregati automaticamente dal programma all'interno di una "Scheda riepilogativa" che dovrà essere stampata al termine della procedura.

L'Ente locale dovrà trasmettere all'ATS di appartenenza con propria delibera/determina, unitamente alla scheda riepilogativa, la documentazione di seguito indicata per ciascun beneficiario:

- a) richiesta contributo - allegato "E";
- b) certificazione relativa al riconoscimento della condizione di disabilità gravissima rilasciata dalle Commissioni Sanitarie provinciali - allegato "D";
- c) nel caso di persone con disabilità in età scolare che, per ragioni legate alla gravità della patologia, non frequentano la scuola occorre presentare un attestato da parte di uno specialista del S.S.R. o del privato accreditato che indica le ragioni per le quali il soggetto non può frequentare la scuola.

Entro il **14 maggio 2021** gli ATS devono trasmettere al Servizio Politiche Sociali e Sport al seguente indirizzo PEC: [regione.marche.politichesociali@emarche.it](mailto:regione.marche.politichesociali@emarche.it) esclusivamente la certificazione relativa al riconoscimento della condizione di disabilità gravissima rilasciata dalle Commissioni Sanitarie provinciali (allegato "D") per i nuovi utenti 2020.

il Servizio Politiche Sociali e Sport realizza l'istruttoria dei dati inserite su supporto informatico di cui sopra e provvede al riparto delle risorse tra i beneficiari e a trasferire agli Enti capofila degli Ambiti Territoriali Sociali il contributo regionale; quest'ultimi provvedono poi a loro volta a liquidare direttamente le somme agli aventi diritto.

Entro il **29 ottobre 2021** gli Enti capofila degli ATS devono trasmettere al Servizio Politiche Sociali e Sport, tramite PEC la rendicontazione dell'avvenuta liquidazione del contributo regionale ai beneficiari.

Il presente Bando ed il riparto di cui all'allegato "F" vengono pubblicati sul sito della Regione Marche al seguente link:

[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)

mentre la modulistica ovvero gli allegati "B", "B1", "C", "D" ed "E" vengono pubblicati al seguente link:

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



MODELLO DI DOMANDA REDATTA DALLA PERSONA DISABILE

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVA  
(art. 46/47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000)**

**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 fini della concessione del contributo "Disabilità gravissima" di cui alla DGR n. 1424/2020.

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  $\leq 1$  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.

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, redatta utilizzando l'Allegato C), attestante una delle condizioni previste dalla lettera a) alla lettera i) sopra riportate;
- 3 Copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

---

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).

MODELLO DI DOMANDA REDATTA DA TERZI

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVA  
(art. 46/47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000)**

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

**Via \_\_\_\_\_**

**Città \_\_\_\_\_**

**RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DELLA CONDIZIONE DI "DISABILITÀ 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 1424/2020.

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, redatta utilizzando l'Allegato C), 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

---

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).

**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)<=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)>=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 ≤ 1 ai 4 arti alla scala *Medical Research Council* (MRC), o con punteggio alla *Expanded Disability Status Scale* (EDSS) ≥ 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

**Al Signor Sindaco del Comune di**

---

---

---

**Al Sig./Sig.ra**

---

---

---

La Commissione sanitaria provinciale dell'Area Vasta n. \_\_\_\_\_ dopo aver verificato la congruità della documentazione prodotta ai fini del riconoscimento della condizione di "disabilità gravissima", tenuto conto di quanto disposto dal D.M. del 26/09/2016, riconosce:

il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

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

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

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

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

**soggetto in condizione di "disabilità gravissima":**

**SI**

**NO**

**rientrante nella categoria prevista alla lett. \_\_\_\_\_ dell'art. 3 c. 2 del D.M. 26/09/2016.**

**motivazione del diniego:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## LA COMMISSIONE

Presidente

---

---

Componente

---

---

Componente

---

---

Operatore sociale

---

---

Segretaria

---

---

Data \_\_\_\_\_  
(seduta)

N.B. Qualora la Commissione attesti il riconoscimento della "disabilità gravissima" - il disabile, la sua famiglia (o altro soggetto deputato alla tutela) prendono contatto con il proprio Comune di residenza per i successivi adempimenti.

**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 1424/2020)**

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.
- è stata ricoverata presso strutture ospedaliere per i seguenti periodi:
- 1) Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
  - 2) Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
  - 3) Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

per un totale di giorni complessivi di ricovero pari a \_\_\_\_\_

**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.
- non beneficia del contributo regionale relativo all'intervento a favore di minori affetti da malattie rare di cui alla DGR n.475/2019.

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

<input type="checkbox"/> Conto corrente postale
<input type="checkbox"/> Conto corrente bancario
presso .....
Agenzia/filiale di.....
intestato a.....
Codice IBAN:
[16 empty boxes for IBAN code]

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