



## **AMBITO TERRITORIALE SOCIALE XXIV**

### **AVVISO PUBBLICO**

**INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA** di cui all'art. 3 del D.M. 26/09/2016 – DGR 1578/2016 – FONDO NAZIONALE PER LE NON AUTOSUFFICIENZE – PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI CONTRIBUTO PER L'ANNO 2016.

#### **IL COORDINATORE dell'ATS XXIV**

##### **RENDE NOTO**

che con il presente Avviso vengono di seguito stabilite le modalità e i tempi per l'accesso al contributo regionale, riferito all'anno 2016, per **Interventi a favore di persone residenti nei Comuni dell'ATS XXIV in condizione di "disabilità gravissima"** di cui all'art. 3 del D.M. 26/09/2016.

#### **Modalità di richiesta e Requisiti per il riconoscimento della condizione di "disabilità gravissima"**

Il disabile o la sua famiglia, presenta domanda per il riconoscimento della condizione di "disabilità gravissima" alle Commissioni sanitarie provinciali territorialmente competenti, operanti presso le Aree Vaste n. 4 e n. 5, utilizzando il modello di domanda di cui agli allegati "B" e "B1", a disposizione presso la sede dell'Ambito Territoriale Sociale XXIV di Comunanza – P.zza IV Novembre, 2, dal lunedì al venerdì, dalle ore 10:00 alle ore 15:00, oppure presso tutti gli uffici

comunali. Inoltre, i modelli sopra menzionati sono pubblicati al seguente link: [http://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Sociale/Disabilit #3049\\_Modulistica](http://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Sociale/Disabilit #3049_Modulistica).

La domanda deve essere corredata da verbale di riconoscimento dell'indennit  di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980 n.18, e dalla certificazione medica specialistica attestante 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 riportate:

- 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 lateralit  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 disabilit  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 psicofisiche.

In riferimento alla lettera i) l'utente dovr  produrre certificazione specialistica di struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata che abbia in carico il paziente, che certifichi la condizione di dipendenza psico-fisica inerente alla patologia di cui   portatore, attestando quindi la condizione di "dipendenza vitale".

*I soggetti già in possesso del riconoscimento della condizione di “particolare gravità” di cui alla L.R. 18/96, devono anch’essi presentare la domanda e la documentazione di cui al punto precedente per il riconoscimento della “disabilità gravissima” ai sensi dell’art. 3 c. 2 del D.M. 26/09/2016; qualora il soggetto non possieda i requisiti richiesti, decade dal diritto al contributo.*

**La domanda per il riconoscimento della condizione di “disabilità gravissima” va presentata alla Commissione sanitaria provinciale entro e non oltre il 18 febbraio 2017.**

**Le domande presentate dopo l’anzidetto termine non saranno prese in considerazione.**

La Commissione sanitaria provinciale verifica 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 26/09/2016, potendo anche, se necessario, sottoporre ad accertamento collegiale la persona richiedente.

Successivamente, la Commissione sanitaria provinciale provvede 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 regionale.

### **Modalità di accesso al contributo regionale**

**Il disabile o la sua famiglia, successivamente al riconoscimento della condizione di “disabilità gravissima”, presenta la richiesta di contributo all’Ambito Territoriale Sociale XXIV di Comunanza, utilizzando il modello di cui all’allegato “D”, entro il giorno 02 maggio 2017.**

Il modulo di richiesta del contributo è disponibile presso la sede dell’Ambito Territoriale Sociale XXIV di Comunanza – P.zza IV Novembre, 2, dal lunedì al venerdì, dalle ore 10:00 alle ore 15:00, oppure presso tutti gli uffici comunali. Inoltre, il modello sopra menzionato è pubblicato 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).

Alla richiesta di contributo (allegato “D”) va allegata la certificazione relativa al riconoscimento della condizione di “disabilità gravissima”, rilasciata dalla Commissione sanitaria provinciale e, nel caso di utenti 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 SSR o del privato accreditato che indica le ragioni per le quali il soggetto non può frequentare la scuola.

Il referente dell’ATS XXIV verifica l’eventuale presenza di tutte le condizioni che possono precludere l’accesso al contributo regionale, sulla base di quanto previsto dalla D.G.R. n. 1578/2016.

Le risorse finanziarie destinate all’intervento di cui al presente Avviso saranno ripartite dalla Regione Marche in maniera proporzionale alle richieste ammesse a finanziamento.

L'erogazione del contributo da parte dell'Ambito Territoriale Sociale XXIV agli aventi diritto è subordinata all'effettiva assegnazione dello stesso da parte della Regione Marche.

Nel caso in cui il disabile, riconosciuto in condizione di "disabilità gravissima", sia inserito nel percorso di istruzione/formazione o in un centro socio-educativo riabilitativo diurno - CSER di cui all'art. 13 della L. R. 18/96, oppure in un centro di riabilitazione pubblico o privato accreditato ai sensi della L.R. 20/2000, la Regione assegna un contributo ridotto della metà.

### **Esclusione e incompatibilità**

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

L'intervento è alternativo al progetto "Vita Indipendente" e 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" (SLA).

L'intervento è alternativo alla misura dell'"Assegno di cura" rivolto agli anziani non autosufficienti.

**Per eventuali informazioni rivolgersi all'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE XXIV, Ente Capofila Unione Montana dei Sibillini – P.zza IV Novembre, 2 – Comunanza - Tel 0736.844379 – 0736.844526 – mail: [ats24@unionemontanasibillini.it](mailto:ats24@unionemontanasibillini.it).**

Per tutto quanto non previsto nel presente Avviso, si rinvia alla DGR n. 1578 del 19/12/2016 e al Decreto del Dirigente del Servizio Politiche Sociali e Sport della Regione Marche n. 148 del 30/12/2016.

Comunanza, li 23/01/2017

IL COORDIANTORE dell'ATS XXIV  
f.to Dott.ssa Giuseppina Concetti

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 Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

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

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

tel. \_\_\_\_\_

**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 regionale di cui alla DGR 1578/2016.

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 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 allegare certificazione specialistica di struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata che abbia in carico il paziente, che certifichi la condizione di dipendenza-psico-fisica inerente alla patologia di cui è portatore, attestando quindi la condizione di "dipendenza vitale".*

Allega la seguente documentazione:

1. Copia del verbale di indennità di accompagnamento rilasciato dall'INPS.
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

\_\_\_\_\_

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

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 sig./ra \_\_\_\_\_

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

in qualità di:

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

per conto di:

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

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

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

tel. \_\_\_\_\_

**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 1578/2016.

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 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 allegare certificazione specialistica di struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata che abbia in carico il paziente, che certifichi la condizione di dipendenza-psico-fisica inerente alla patologia di cui è portatore, attestando quindi la condizione di "dipendenza vitale".*

Allega la seguente documentazione:

1. Copia del verbale di indennità di accompagnamento rilasciato dall'INPS.
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

\_\_\_\_\_

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).

ALLEGATO "D"

Al Signor Sindaco del Comune di

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

**DOMANDA DI CONCESSIONE DI CONTRIBUTO PER L'INTERVENTO A FAVORE DI PERSONE IN  
CONDIZIONE DI "DISABILITA' GRAVISSIMA" - ANNO \_\_\_\_\_  
(D.M. 26/09/2016 - DGR 1578/2016)**

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

codice fiscale n. \_\_\_\_\_

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

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

tel. \_\_\_\_\_

in qualità di:

persona disabile in situazione di "disabilità gravissima"

genitore

familiare

esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno per il sig./sig.ra \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ persona disabile in situazione di "disabilità gravissima"

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**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

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria personale responsabilità che:

**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. 20/2000 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.

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).

Si allega copia fotostatica del documento di riconoscimento.

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