



AMBITO TERRITORIALE SOCIALE XXIV

AVVISO PUBBLICO

INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ' GRAVISSIMA DI CUI ALL'ART. 3 DEL D.M. 26/09/2016. – DGR 1120/2017 - PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI CONTRIBUTO PER L' ANNO 2017.

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 2017, 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.

MODALITA' DI RICHIESTA E REQUISITI PER IL RICONOSCIMENTO DELLA CONDIZIONE DI "DISABILITA' GRAVISSIMA"

La persona con disabilità o la sua famiglia inoltra, a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno o a mezzo PEC, la 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" ed "B1", a disposizione presso la sede dell'Ambito Territoriale Sociale XXIV di Comunanza – P.zza IV Novembre n.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/Disabilita#3049> Modulistica

La domanda deve essere corredata **dal verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento** di cui alla legge 11 febbraio 1980 n. 18, e **dalla certificazione medica specialistica** di struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata, 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 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) ≤ 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 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) ≤ 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".

La domanda per il riconoscimento della condizione di "disabilità gravissima" va presentata alla Commissione sanitaria provinciale entro e non oltre il 31 Gennaio 2018.

Le domande presentate dopo l'anzidetto termine non saranno prese in considerazione, come pure quelle che risulteranno incomplete della documentazione richiesta.

Non devono fare domanda coloro che alla data del 31 GENNAIO 2018 possiedono già la certificazione attestante la condizione di "disabilità gravissima".

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 10 aprile 2018**, 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.

MODALITA' DI ACCESSO AL CONTRIBUTO REGIONALE

La persona con disabilità o suo familiare, o l'esercente la potestà, tutela o amministrazione di sostegno, 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 "E", entro e il 16 aprile 2018.

Il modello di richiesta del contributo è disponibile presso la sede dell'Ambito Territoriale Sociale XXIV di Comunanza - P.zza IV Novembre n.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/Disabilita#3049> Modulistica

Alla richiesta del contributo (allegato "E") va allegata la certificazione relativa al riconoscimento della condizione di "disabilità gravissima", rilasciata dalle Commissioni Sanitarie provinciali e, 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.

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 DGR n. 1120/2017.

Il Servizio Politiche Sociali e Sport della Regione Marche provvede al riparto delle risorse tra i beneficiari e a trasferire all'Unione Montana dei Sibillini, Ente capofila dell'ATS XXIV il contributo regionale; quest'ultimo provvederà poi a sua volta a liquidare direttamente le somme agli aventi diritto.

ESCLUSIONE E INCOMPATIBILITA'

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 di "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 n.2 - Comunanza (AP) tel.0736.844379 - 0736.844526 – mail: ats24@unionemontanasibillini.it

Per tutto quanto non previsto nel presente Avviso, si rinvia alla DGR 1120/2017 e al Decreto di Dirigente del Servizio Politiche Sociale e Sport della Regione Marche n. 147 del 31 Ottobre 2017.

Comunanza, 30/11/2017

IL COORDINATORE dell'ATS XXIV
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 _____
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 laterali devono essere valutate con lesione di grado A o B;
- e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala *Medical Research Council* (MRC), o con punteggio alla *Expanded Disability Status Scale* (EDSS) ≥ 9 , o in stadio 5 di *Hoehn e Yahr mod*;

- f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;
- g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico 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) ≤ 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 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".

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

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 _____
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) ≤ 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 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 $IQ \leq 34$ 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 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"

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

ALLEGATO "E"

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 1120/2017)**

Il/La sottoscritto/a _____
residente a _____ COGNOME _____ Via _____ NOME _____ 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

