



DGR N. 592/2024 - INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA DI CUI ALL'ART. 3 DEL D.M. 26/09/2016.

AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI CONTRIBUTO – ANNO 2023

L'Amministrazione Comunale, in esecuzione della deliberazione della Giunta Regionale n. 592 del 22/04/2024 nonché del decreto del Dirigente regionale del Settore Contrasto al Disagio n. 42 del 08/05/2024, rende noto le procedure amministrative da porre in essere ai fini del conseguimento del contributo regionale per l'anno 2023 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 D.G.R. n. 592 del 22/04/2024.

Ai sensi di quanto stabilito dal Decreto Ministeriale del 26/09/2016, la Regione Marche concede contributi per gli interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima, per le quali la Commissione sanitaria provinciale competente abbia proceduto 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 raccomandata con ricevuta di ritorno o a mezzo PEC, la domanda per il riconoscimento della condizione di disabilità gravissima **entro e non oltre il termine perentorio del 10 luglio 2024, pena l'esclusione**, alla Commissione sanitaria provinciale operante presso l'AST – Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli Piceno (vedasi indirizzo sotto indicato), utilizzando i modelli di domanda di cui agli allegati "B" o "B1" al decreto dirigenziale regionale n. 42/2024.

- **A.S.T. ASCOLI PICENO** Segreteria Commissione Sanitaria Provinciale
Via degli Iris - 63100 ASCOLI PICENO
PEC: ast.ascolipiceno@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 altra documentazione che comprovi la non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159/2013 e **dalla certificazione medica specialistica** di struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata, redatta secondo il modello di cui all'allegato "C" al decreto dirigenziale regionale n. 42/2024, 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 (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 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 D.M. 26/09/2016 "Altre persone in condizione di dipendenza vitale".



Comune di Ascoli Piceno

MEDAGLIA D'ORO AL VALOR MILITARE PER ATTIVITÀ PARTIGIANA

SERVIZIO POLITICHE
SOCIALI

Non devono ripresentare domanda di riconoscimento della disabilità gravissima alla Commissione sanitaria provinciale coloro che alla data del 10 luglio 2024 possiedono già la certificazione attestante la condizione di “disabilità gravissima”.

Saranno escluse le domande che verranno presentate alla Commissione sanitaria provinciale oltre il suddetto termine del 10 luglio 2024 (fa fede il timbro postale/protocollo PEC) o che risulteranno incomplete della documentazione richiesta ovvero prive del verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento e/o della certificazione medica specialistica.

La Commissione sanitaria provinciale acquisisce la suddetta documentazione e ne verifica 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.

Successivamente, la Commissione sanitaria provinciale provvede a trasmettere al diretto interessato e al Comune di residenza, utilizzando il modello “D” allegato al decreto dirigenziale regionale n. 42/2024, la certificazione relativa al riconoscimento della condizione di disabilità gravissima necessaria per la richiesta del contributo regionale.

Inoltre, la suddetta Commissione provvede a trasmettere alla Regione Marche – Settore Contrasto al Disagio l'elenco dei richiedenti il riconoscimento della condizione di “disabilità gravissima” con specifica indicazione di quelli riconosciuti o non riconosciuti in tale condizione.

A seguito del riconoscimento della condizione di “disabilità gravissima” 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 alla Regione Marche – Settore Contrasto al Disagio, utilizzando il modello “E” allegato al decreto dirigenziale regionale n. 42/2024.

Il referente dell'Ente locale avvia l'istruttoria della domanda di contributo e 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. 592/2024.

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, nel senso di non sovrapposizione temporale della titolarità, agli altri due interventi sostenuti con risorse FNA (“Assegno di cura” e “Vita Indipendente”), al progetto “Vita Indipendente” di cui alla L.R. 21/2018, all'intervento “Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)” e all'intervento “Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste un familiare di età compresa tra 0 e 25 anni affetto da una malattia rara di cui all'allegato 7 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 e che necessita di ventilazione e/o nutrizione artificiale”.

La richiesta di erogazione del contributo regionale per gli interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima di cui all'art. 3 del D.M. 26/09/2016 va presentata attraverso una delle seguenti modalità entro e non oltre il termine perentorio del 23 agosto 2024, pena l'esclusione, utilizzando il modello “E” allegato al decreto dirigenziale regionale n. 42/2024:

- tramite pec all'indirizzo: comune.ap@pec.it;
- a mezzo mail all'indirizzo: protocollo@comune.ap.it;
- a mezzo posta indirizzata al Comune di Ascoli Piceno – Piazza Arringo n. 7 – 63100 Ascoli Piceno;
- direttamente all'Ufficio Protocollo nei giorni dal lunedì al venerdì dalle ore 10,00 alle ore 12,00 e nei pomeriggi di martedì e giovedì dalle ore 15,00 alle ore 17,00.

I modelli di domanda (allegati “B”, “B1”, “C” ed “E” al decreto dirigenziale regionale n. 42/2024) sono a disposizione presso il Servizio di Medicina Legale dell'AST – Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli Piceno, sito in Viale M. Federici (ex Gil), presso il Servizio Politiche Sociali comunale sito in Via B. Tucci n. 3 (c/o Casa Albergo Ferrucci), o sul sito internet www.comune.ap.it - link “Albo pretorio on line” e “Avvisi”, o sul sito della Regione Marche.

Per qualunque chiarimento ci si può rivolgere al Servizio Politiche Sociali del Comune di Ascoli Piceno (n. tel.: 0736/298540; 0736/298533; 0736/298535; 0736/298265; 0736/298539; 0736/298585; 0736/298530; 0736/298575) oppure al Servizio di Medicina Legale dell'AST – Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli Piceno (n. tel.: 0736/358027; 0736/358097).

Ascoli Piceno, lì 16/05/2024

IL DIRIGENTE
(Dott. Paolo Ciccarelli)

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

SPETT.LE COMMISSIONE SANITARIA PROVINCIALE
c/o SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE

AST 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. 592/2024.

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 $QI \leq 34$ 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, 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).

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

SPETT.LE COMMISSIONE SANITARIA PROVINCIALE
c/o SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE

AST 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 fini della concessione del contributo regionale di cui alla DGR n. 592/2024.

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 $QI \leq 34$ 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, 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

**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 presso¹ _____

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 UNA² 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;

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

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

² Possono essere indicate anche più condizioni.

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 _____

IL MEDICO SPECIALISTA

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 n. 592/2024)**

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.

