DGR N. 1578/2016 - FONDO NAZIONALE PER LE NON AUTOSUFFICIENZE ANNO 2016 - 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

L'Amministrazione Comunale, in esecuzione della deliberazione della Giunta Regionale n. 1578 del 19/12/2016 e del decreto del Dirigente regionale del Servizio Politiche Sociali e Sport n. 148 del 30/12/2016, rende noto le procedure amministrative da porre in essere ai fini del conseguimento del contributo regionale per l'anno 2016 per interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissime di cui all'art. 3 del D.M. 26/09/2016.

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.
Il disabile o la sua famiglia presenta domanda per il riconoscimento della condizione di disabilità gravissima alla Commissione sanitaria provinciale territorialmente competente, operante presso l'Area Vasta n. 5, utilizzando i modelli di domanda "B" o "B1" allegati al decreto dirigenziale regionale n. 148/2016.
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 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 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)<=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<=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 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".
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 il diritto al contributo.
Ai fini dell'attuazione del presente intervento il disabile o la sua famiglia presenta domanda per il riconoscimento della condizione di disabilità gravissima di cui all'art. 3 c. 2 del D.M. 26/09/2016 **entro e non oltre il termine perentorio del 18 febbraio 2017, pena l'esclusione,** alla Commissione sanitaria provinciale presso il Servizio di Medicina Legale dell'ASUR – Area Vasta n. 5 di Ascoli Piceno.
Le richieste di riconoscimento presentate dopo il 18 febbraio 2017 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, utilizzando il modello "C" allegato al decreto dirigenziale regionale n. 148/2016, 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 - Servizio Politiche Sociali e Sport l'elenco degli utenti che hanno richiesto 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" il disabile o la sua famiglia presentano richiesta di contributo alla Regione Marche - Servizio Politiche Sociali e Sport per il tramite dell'Ente locale utilizzando il modello "D" allegato al decreto dirigenziale regionale n. 148/2016.
Il referente dell'Ente locale 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.
Sono esclusi dal contributo regionale i soggetti ospiti di strutture residenziali.
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" e alla misura di "Assegno di cura" rivolto agli anziani non autosufficienti.
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 al Servizio Protocollo del Comune, in Piazza Arringo n. 7, entro e non oltre il termine perentorio del 29 aprile 2017, pena l'esclusione, utilizzando il modello "D" allegato al decreto dirigenziale regionale n.148/2016.
La domanda di contributo deve essere presentata al Comune dal disabile (o dalla sua famiglia) che ottiene il riconoscimento della condizione di "disabilità gravissima" a seguito della valutazione da parte della Commissione sanitaria provinciale.
Le domande che perverranno oltre il suindicato termine non verranno prese in considerazione.
I modelli di domanda (allegati "B", "B1" e "D" al decreto dirigenziale regionale n. 148/2016) sono a disposizione presso il Servizio di Medicina Legale dell'ASUR – Are Vasta n. 5 di Ascoli Piceno, sito in Viale M. Federici (ex Gil), presso i Servizi Sociali comunali siti in Via Giusti n. 1, o sul sito internet www.comuneap.gov.it - link "Albo pretorio on line", "avvisi" e "altri bandi".
Per qualunque chiarimento ci si può rivolgere alle assistenti sociali del Comune di Ascoli Piceno (n. tel.: 0736/298578; 0736/298580; 0736/298540; 0736/298581; 0736/298539) oppure al Servizio di Medicina Legale dell'ASUR – Area Vasta n. 5 di Ascoli Piceno (n. tel.: 0736/358027; 0736/358097).

Ascoli Piceno, lì 03/01/2017

IL DIRIGENTE
(Dott. Paolo Ciccarelli)

Allegato "B"

MODELLO DI DOMANDA REDATTA DAL DISABILE

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

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

Il/La sottoscritto/a 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 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)<=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<=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 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 "B 1"

MODELLO DI DOMANDA REDATTA DA TERZI

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

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

Il/La sottoscritto/a 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)<=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<=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 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:

4. Copia del verbale di indennità di accompagnamento rilasciato dall'INPS.
5. Certificazione medica specialistica attestante una delle condizioni previste dalla lettera a) alla lettera i) sopra riportate.
6. 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.

Chiede che, in caso di accoglimento della domanda, il contributo venga erogato tramite (barrare la casella - **obbligatorio):**

☐ c/c bancario ☐ c/c postale

con il seguente codice IBAN:

Intestato a …….…….. presso Istituto di credito…….……

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.