



Luogo di emissione	Numero: 4/S05	Pag. 1
Ancona	Data: 10/02/2009	

**DECRETO DEL DIRIGENTE DEL
SERVIZIO POLITICHE SOCIALI**
N. **4/S05** DEL **10/02/2009**

Oggetto: Tempi e modalità di attuazione dell'intervento di assistenza domiciliare indiretta al disabile in situazione di particolare gravità – anno 2009 e 2010

**IL DIRIGENTE DEL
SERVIZIO POLITICHE SOCIALI**

- . . . -
(omissis)

- D E C R E T A -

- di definire – per gli anni 2009 e 2010 - gli strumenti e le modalità di attuazione dell'intervento di assistenza domiciliare indiretta al disabile in situazione di particolare gravità, giusta deliberazione della giunta regionale n. 1791 del 9.12.2008;
- di approvare la scheda di valutazione "A", allegata al presente decreto quale parte integrante e sostanziale del presente atto, sulla base della quale la commissione sanitaria provinciale – costituita con successivo atto - deve attestare la presenza della disabilità di particolare gravità secondo le modalità indicate nella scheda medesima.
- La disabilità di particolare gravità è riconosciuta a coloro che nella scheda di valutazione "A" abbiamo raggiunto il punteggio massimo in almeno tre delle quattro condizioni così raggruppate: condizioni 1,2,3,6 oppure condizioni 3,4,5,6.
- Il punteggio massimo in una delle tre condizioni viene riconosciuto anche quando in uno degli items (voci che la compongono) il punteggio è tre invece che quattro.
- Di approvare la scheda "B", allegata al presente decreto quale parte integrante e sostanziale del presente atto, che l'unità multidisciplinare utilizza quale relazione sul caso da presentare in sede di Commissione sanitaria provinciale, quale ulteriore supporto ai fini della valutazione.
- La valutazione inerente la condizione n. 6 "Grado di funzionalità dell'ambiente sociale e fisico" viene effettuata dalla competente Unità multidisciplinare secondo la scheda "sub A" allegata al presente atto quale parte integrante e sostanziale della stessa. Del risultato di tale valutazione la commissione sanitaria provinciale prende atto e la trascrive sulla scheda di valutazione "A".
- L'unità multidisciplinare ai fini della compilazione della scheda "sub A" e "B", si reca al domicilio del disabile qualora lo stesso, stante la patologia, non possa recarsi al colloquio ovvero qualora la stessa Unità multidisciplinare lo ritenga necessario.



Luogo di emissione	Numero: 4/S05	Pag. 2
Ancona	Data: 10/02/2009	

-La Commissione sanitaria provinciale, ai fini della valutazione complessiva del caso e della compilazione della scheda "A" è integrata dalla presenza di un referente della competente unità multidisciplinare di riferimento del comune di residenza del soggetto esaminato, il quale controfirma la scheda stessa.

- E' facoltà della Commissione sanitaria provinciale esprimere una valutazione socio-sanitaria di temporaneità annotando nel verbale il termine cronologico per la rivedibilità del caso.

- E' compito della Commissione sanitaria provinciale richiamare a valutazione il soggetto entro il termine stabilito per la rivedibilità.

-Analogamente la valutazione della situazione di particolare gravità può essere rivista dalla commissione sanitaria provinciale su segnalazione della competente Unità multidisciplinare, in collaborazione con l'ente locale, nel caso in cui si ritenga che la situazione complessiva del soggetto si sia modificata.

- Relativamente all'anno 2009 l'ente locale pubblica, entro il 31 marzo, un apposito bando con il quale fornisce tutte le possibili informazioni in riferimento all'intervento in questione e fissa al 30 aprile il termine per la presentazione, da parte degli utenti interessati o loro familiari, della richiesta di visita alla competente commissione sanitaria provinciale.

- Relativamente all'anno 2010, invece, la data entro la quale deve essere affisso il bando è il 28 febbraio e entro il 31 marzo il termine di presentazione delle richieste di visita alla competente commissione sanitaria provinciale.

- L'ente locale individua, inoltre, un proprio referente, preferibilmente l'assistente sociale, con il compito di fornire idonee informazioni alle persone che le richiedono, di indirizzare a visita esclusivamente coloro che, per conoscenza del caso, approfondita con il supporto della competente unità multidisciplinare, si ritiene possano essere in possesso dei requisiti di cui alla presente deliberazione. Ciò al fine di non creare inutili aspettative ai disabili e alle loro famiglie e nel contempo di non sovraccaricare inutilmente l'attività della competente commissione sanitaria provinciale che deve procedere alle visite.

- Il disabile, o la sua famiglia, presenta domanda al Presidente della Commissione sanitaria provinciale presso il Servizio di Medicina Legale della Zona Territoriale capoluogo di provincia.

- Il modello di domanda, redatto secondo lo schema di cui agli allegati "E/1" ed "E/2", parte integrante e sostanziale del presente atto, è a disposizione presso i Comuni, le Comunità montane, i Servizi di Medicina Legale delle Zone Territoriali capoluogo di provincia dell'ASUR.

- Le richieste di visita, presentate dopo il termine stabilito nei bandi comunali, non saranno prese in considerazione.



Luogo di emissione	Numero: 4/S05	Pag.
Ancona	Data: 10/02/2009	3

- Non saranno inoltre prese in considerazione le domande di soggetti non in possesso dei requisiti di età di cui alla D.G.R. n. 1791 del 9.12.2008.
- Alla domanda il richiedente allega l'attestazione di handicap in condizione di gravità, rilasciata dalla commissione socio-sanitaria di cui alla legge 104/92 nonché documentazione che ritiene comprovi l'esistenza della particolare gravità (es. certificato del medico curante, eventuale copia di cartelle cliniche e/o certificazioni specialistiche, ecc.) nonché l'autocertificazione dello stato di famiglia, secondo le modalità di cui al d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445.
- Sono esonerati dal presentare domanda coloro ai quali la Commissione sanitaria provinciale ovvero la Commissione sanitaria regionale di revisione ha rilevato, a partire dall'anno 2002, la situazione di particolare gravità.
- La Commissione sanitaria, qualora valuti congrua la documentazione presentata, segnala il caso alla competente Unità multidisciplinare la quale redige la scheda di valutazione "B" nonché la scheda "sub A" che illustrerà, tramite un proprio referente, alla Commissione sanitaria medesima al momento della valutazione congiunta ai fini della compilazione della scheda "A".
- Nel caso di soggetti seguiti dai Centri privati accreditati, ex art. 26 della L. n. 833/78, gli stessi insieme alle UU.MM. individuano le modalità di collaborazione ritenute più idonee ai fini della compilazione della scheda "B" - Relazione valutativa – e della scheda "Sub A" – Grado di funzionalità dell'ambiente sociale e fisico – da inoltrare poi, a carico dell'UU.MM., alla Commissione sanitaria provinciale.
- Qualora, al momento della convocazione da parte della Commissione sanitaria provinciale ai fini della valutazione dell'istanza, il soggetto risulti momentaneamente ricoverato presso strutture sociali o sanitarie fuori provincia o fuori regione, è compito della Commissione sanitaria provinciale individuare le modalità ritenute più idonee ai fini, comunque, della valutazione del caso.
- Al disabile al quale viene riconosciuta la situazione di particolare gravità, o alla sua famiglia, viene inviata, da parte della predetta Commissione sanitaria, copia della scheda di valutazione "A".
- Analoga copia viene trasmessa alla competente Unità multidisciplinare e al comune di residenza del disabile.
- Il disabile o la sua famiglia presentano domanda di contributo all'ente locale che va redatta secondo il modello di cui all'allegato "F", che è parte integrante e sostanziale del presente decreto.



Luogo di emissione	Numero: 4/S05	Pag. 4
Ancona	Data: 10/02/2009	

- Il referente dell'Ente locale, verifica l'eventuale presenza di condizioni che possono precludere l'accesso al contributo regionale, cioè: che il disabile in questione non frequenti un centro socio educativo sulla base di un piano educativo individualizzato che ne prevede l'inserimento per più di 20 ore settimanali o che non sia ospite di una struttura residenziale. Il tetto massimo di frequenza presso il CSE – che consente l'accesso al contributo regionale - è infatti di 20 ore settimanali che vanno conteggiate settimanalmente e non calibrate su una media di frequenza annua.

Il referente dell'ente locale convoca poi, raccordandosi con il referente dell'unità multidisciplinare, il disabile o la sua famiglia per la compilazione della scheda di impegno di cui al modello "C", allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale della stessa, dove, tra l'altro, su indicazione dell'Unità multidisciplinare e del referente dell'ente locale, vengono individuate le diverse tipologie di prestazioni che devono essere rese al disabile.

- Qualora sia un operatore esterno alla famiglia a fornire le prestazioni assistenziali deve anch'egli partecipare all'incontro.

- L'ente locale, unitamente alla competente Unità multidisciplinare quantificano le ore assegnabili per ciascun caso tramite la compilazione dell'apposita scheda "G", allegata al presente atto quale parte integrante e sostanziale della stessa, fatta eccezione dei casi riportati nella precedente deliberazione n. 1791 del 9.12.2008.

- Detta scheda "G" va compilata per ciascun soggetto riconosciuto in situazione di particolare gravità a partire dal 2002.

- E' competenza dell'Unità multidisciplinare, in collaborazione con il referente dell'ente locale, verificare semestralmente le modalità di svolgimento del servizio, la qualità delle prestazioni erogate nonché, all'occorrenza, rivedere la situazione e proporre nuovi o diversi interventi assistenziali.

- Ai fini della verifica di che trattasi viene utilizzata una scheda, secondo il modello "D" allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale dello stesso, controfirmato dal referente dell'Unità multidisciplinare e dal referente dell'ente locale.

- Il contributo regionale viene sospeso qualora il soggetto risulti ricoverato presso strutture sociali o sanitarie per più di 30 giorni continuativi.

- Entro il 30 settembre di ciascuno degli anni 2009 e 2010 il comune capofila dell'ambito territoriale sociale, per i comuni dell'ambito, ovvero il singolo comune, con apposita deliberazione o determina dirigenziale presenta al Servizio la richiesta di contributo che va redatta su supporto informatico sulla base di un programma appositamente fornito dal servizio e stampata su carta.

-Oltre alla delibera/determina e alla richiesta di contributo su carta, deve essere trasmessa la



Luogo di emissione	Numero: 4/S05	Pag. 5
Ancona	Data: 10/02/2009	

seguinte documentazione:

- a) relativamente alle persone riconosciute in situazione di particolare gravità, rispettivamente nel 2009 e nel 2010, occorre inviare copia della scheda di valutazione "A" nonché copia della scheda "G" per la quantificazione delle ore e della dichiarazione di impegno "C";
- b) nel caso di utenti già riconosciuti in situazione di particolare gravità anteriormente al 2009 e dopo il 2002 non occorre inviare la scheda di valutazione "A" ma occorre inviare la scheda "G" per la quantificazione delle ore, la dichiarazione di impegno "C" nonché la scheda "D" di verifica circa l'attuazione dell'intervento;
- c) il mancato invio della scheda "D" comporta la non ammissione a contributo;
- d) nel caso di utenti in età scolare che, per ragioni legate alla gravità della patologia, non frequentano la scuola e per i quali viene chiesto un monte ore superiore al tetto previsto per i disabili che, invece, sono inseriti nel percorso di istruzione-formazione, occorre presentare un attestato da parte di uno specialista del S.S.N. che indica le ragioni per le quali il soggetto non può frequentare la scuola;
- e) relativamente ai soggetti per i quali si prevede un monte ore di assistenza superiore a trenta, occorre che l'ente locale, attesti per ciascuno, anche cumulativamente, che il genitore o, in caso di dipartita, il fratello o la sorella del disabile non usufruiscono del congedo di cui all'art. 42, comma 5, del decreto legislativo 26 marzo 2001 n. 151 (ex legge n. 53/2000 sui congedi parentali – massimo due anni di congedo dal lavoro regolarmente retribuito).
 - Qualora il disabile non venga riconosciuto in situazione di particolare gravità ma la scheda di valutazione "A" riporti un punteggio massimo in almeno due delle quattro condizioni, così raggruppate: 1,2,3,6 oppure 3,4,5,6 può presentare istanza di revisione alla Commissione sanitaria regionale di revisione di cui alla D.G.R. n. 1791/08.
 - Ove ricorra tale fattispecie, ciascuna Commissione sanitaria provinciale, nella notifica del verbale, è tenuta ad informare il disabile o la sua famiglia in merito alla possibilità di inoltrare richiesta di revisione tramite il modello della istanza di ricorso "H" allegato al presente decreto di cui ne costituisce parte integrante.
 - Entro il 31 agosto di ciascuno degli anni 2009 e 2010 ciascuna Commissione sanitaria provinciale invia alla Regione, Servizio Politiche Sociali, l'elenco nominativo, con relativo indirizzo, delle persone che rientrano nella condizione sopra descritta unitamente a copia della scheda di valutazione "A", della scheda "Sub A" e della scheda "B".
 - Le istanze di revisione devono pervenire entro il 15 settembre di ciascuno degli anni 2009 e 2010.
 - Le istanze pervenute dopo quella data non saranno prese in considerazione.



Luogo di emissione Ancona	Numero: 4/S05	Pag. 6
	Data: 10/02/2009	

- Le istanze pervenute nei termini verranno esaminate dalla Commissione sanitaria regionale di revisione la quale, ai fini dell'espletamento dei propri compiti, utilizzerà la medesima scheda "A" allegata al presente decreto.

- Entro il 15 ottobre di ciascuno degli anni 2009 e 2010 la predetta scheda "A" - con l'esito della valutazione effettuata dalla Commissione sanitaria regionale di revisione - sarà inviata, a mezzo raccomandata R.R. al domicilio di ciascun disabile interessato;

- Copia della predetta scheda "A" verrà anche trasmessa all'ente locale di residenza del disabile per i successivi adempimenti di competenza precedentemente descritti.

- Entro e non oltre il 15 novembre di ciascuno degli anni 2009 e 2010, l'ente locale trasmettere con propria delibera o determina dirigenziale la richiesta di contributo corredata dalla seguente documentazione:

Scheda "G" per la quantificazione delle ore;

Dichiarazione di impegno "C" nonché, qualora ne ricorra la fattispecie, copia della documentazione di cui alle lettere d) ed e) precedentemente descritte.

- L'onere di spesa derivante dall'adozione del presente decreto pari a € 2.000.000,00 fa carico al capitolo 5.30.01.110 del bilancio di previsione per l'anno 2009, approvato con L.r. 24.12.2008 n. 38.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
(Dott. Paolo Mannucci)

- ALLEGATI -

Allegato SCHEDA A

REGIONE MARCHE

ASUR

ZONA TERRITORIALE N. _____



Luogo di emissione	Numero: 4/S05	Pag. 7
Ancona	Data: 10/02/2009	

**SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DEL DISABILE
IN SITUAZIONE DI PARTICOLARE GRAVITA'**

(L. N. 104/92, L. N. 162/98, L.R. 18/1996 e successive modificazioni)

Sig. _____ nato a _____

il _____ residente a _____ via _____

Disabilità e condizioni accertate che determinano una situazione di particolare gravità con grave limitazione dell'autonomia personale

Codice ICF

Condizione 1

Mobilità

cambiare e mantenere una posizione corporea	(d 410 - d 429)	0	1	2	3	4	9
camminare e spostarsi	(d 450 - d 465)	0	1	2	3	4	9
trasportare, spostare e maneggiare oggetti	(d 430 - d 449)	0	1	2	3	4	9

Condizione 2

Cura della propria persona

mangiare/bere	(d 550 - d 560)	0	1	2	3	4	9
bisogni corporali	(d 530)	0	1	2	3	4	9
lavarsi/prendersi cura del corpo	(d 510 - d 520)	0	1	2	3	4	9
vestirsi	(d 540)	0	1	2	3	4	9

Condizione 3

Compiti e richieste generali

intraprendere compiti semplici	(d 2100)	0	1	2	3	4	9
eseguire la routine quotidiana	(d 230)	0	1	2	3	4	9
gestire la tensione	(d 240)	0	1	2	3	4	9

Condizione 4

Apprendimento e applicazione delle conoscenze

guardare	(d 110)	0	1	2	3	4	9
pensare	(d 163)	0	1	2	3	4	9
focalizzazione dell'attenzione	(d 160)	0	1	2	3	4	9
lettura	(d 166)	0	1	2	3	4	9

Condizione 5

Comunicazione

ricevere messaggi verbali	(d 310)	0	1	2	3	4	9
ascoltare	(d 115)	0	1	2	3	4	9
parlare	(d 330)	0	1	2	3	4	9



Luogo di emissione	Numero: 4/S05	Pag. 8
Ancona	Data: 10/02/2009	

scrivere messaggi (d 345) 0 1 2 3 4 9

Condizione 6 (Allegato sub A)

Grado di funzionalità dell'ambiente sociale e fisico 0 4

GIUDIZIO FINALE

Soggetto in situazione di particolare gravità SI NO

La Commissione dispone accertamento per revisione da effettuarsi tra:

Data _____

LA COMMISSIONE

Presidente _____

Componente _____

Componente _____

Componente _____

Operatore sociale _____

Responsabile UMEA/UMEE _____

Segretaria _____

La valutazione del grado di limitazione di ciascuna abilità (0, 1, 2, 3, 4, 9) deve essere espletata secondo le seguenti linee:

- 0 = nessun problema
- 1 = problema lieve
- 2 = problema medio
- 3 = problema grave
- 4 = problema completo
- 9 = non applicabile



Luogo di emissione	Numero: 4/S05	Pag. 9
Ancona	Data: 10/02/2009	

La condizione n. 6 si intende acquisita con il punteggio di 4.

I Codici ICF sono tratti dalla "Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute" Organizzazione Mondiale della Sanità - Edizione Erickson, 2002.

NOTA BENE: Qualora la presente SCHEDA A attesti il riconoscimento della particolare gravità - il disabile, la sua famiglia (o altro soggetto deputato alla tutela) prendono contatto con il proprio Comune di residenza per i successivi adempimenti di competenza dell'ente locale.



Luogo di emissione Ancona	Numero: 4/S05	Pag. 10
	Data: 10/02/2009	

Allegato – SCHEDA SUB A ADULTI

REGIONE MARCHE

ASUR

ZONA TERRITORIALE N. _____
UNITA' MULTIDISCIPLINARE PER L'ETA' ADULTA

Cognome:	_____
Nome:	_____
Data di nascita:	___/___/___
Residenza:	_____ _____

**SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DELLA CONDIZIONE N. 6:
GRADO DI FUNZIONALITA' DELL'AMBIENTE SOCIALE E FISICO**

Di cui alla scheda "A" per la valutazione del disabile in situazione di particolare gravità (L. N. 104/92, L. N. 162/98, L.R. 18/1996 e successive modificazioni - Assistenza domiciliare indiretta al disabile in situazione di particolare gravità)

1. Numero familiari o altre persone che prestano assistenza 1 2 3

Il punteggio 1 viene assegnato a chi ha entrambi i genitori che possono farsi carico della situazione, ove il punteggio 2 viene assegnato a chi ha un solo genitore o il coniuge o altro familiare che, da solo, si occupa dell'assistenza e il punteggio 3 viene assegnato a chi vive completamente solo anche se assistito da familiari non conviventi.

2. Età dei familiari che prestano assistenza 1 2 3

Il punteggio 1 viene assegnato quando entrambi i genitori o il coniuge sono sotto i 55 anni, il punteggio 2 quando almeno uno dei genitori o il coniuge supera i 60 anni, il punteggio 3 quando entrambi i genitori o il coniuge hanno oltre i 65 anni. In caso di assenza dei genitori o del coniuge si prende in considerazione l'età del familiare che si occupa dell'assistenza.

3. Condizione di salute dei familiari che prestano assistenza 1 3 6

Il punteggio 1 viene assegnato a coloro i quali hanno familiari che si occupano dell'assistenza senza importanti problemi di salute, il punteggio 3 a chi, pur avendo più familiari che si occupano dell'assistenza, almeno uno di questi presenta gravi problemi di salute, i punteggio 6 viene assegnato a chi ha i familiari che si occupano dell'assistenza con gravi problemi di salute o comunque che, nel fornire l'assistenza, rischiano di aggravare ulteriormente la propria salute.

4. Presenza di altri familiari in situazione di disabilità, che necessitano di assistenza

1 2 3



Luogo di emissione	Numero: 4/S05	Pag. 12
Ancona	Data: 10/02/2009	

svolte secondo quanto stabilito nel progetto dell'UMEA

Per l'équipe multidisciplinare:

L'assistente sociale _____

Data di compilazione _____

Si considera pienamente acquisita tale condizione quando si raggiunge:

- il punteggio uguale o maggiore a 15;

OPPURE:

- il punteggio massimo al punto 3: "Condizione di salute dei familiari che prestano assistenza" o al punto 8: "Valutazione dell'efficacia dell'intervento richiesto in funzione della permanenza e autonomia della persona a domicilio"



Luogo di emissione	Numero: 4/S05	Pag. 13
Ancona	Data: 10/02/2009	

Allegato – SCHEDA SUB A MINORI

REGIONE MARCHE
ASUR
ZONA TERRITORIALE N. _____

UNITÀ MULTIDISCIPLINARE PER L'ETÀ EVOLUTIVA

Cognome: _____
Nome: _____
Data di nascita: ____/____/____
Residenza: _____ _____

**SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DELLA CONDIZIONE N. 6:
GRADO DI FUNZIONALITA' DELL'AMBIENTE SOCIALE E FISICO**

Di cui alla scheda "A" per la valutazione del disabile in situazione di particolare gravità (L. N. 104/92, L. N. 162/98, L.R. 18/1996 e successive modificazioni - Assistenza domiciliare indiretta al disabile in situazione di particolare gravità)

1. COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

- 1** - Il punteggio 1 viene assegnato a chi è figlio unico o ha fratelli di età superiore a 14 anni;
- 2** - Il punteggio 2 viene assegnato a chi ha uno/due fratelli con età inferiore a 14 anni
- 3** - Il punteggio 3 viene assegnato a chi ha più di due fratelli con età inferiore a 14 anni

2. NUMERO FAMILIARI O ALTRE PERSONE CHE PRESTANO ASSISTENZA

- 1** - Il punteggio 1 viene assegnato a chi ha entrambi i genitori e possono contare sull' aiuto costante di altri familiari
- 2** - Il punteggio 2 viene assegnato a chi ha soltanto i due genitori che possono farsi carico dell'assistenza
- 3** - Il punteggio 3 viene assegnato a chi ha un solo genitore/tutore che può farsi carico dell'assistenza

3. CONDIZIONE DI SALUTE DEI FAMILIARI CHE PRESTANO ASSISTENZA

- 1** - Il punteggio 1 viene assegnato a chi ha entrambi i genitori in buone condizioni di salute
- 3** - Il punteggio 3 viene assegnato a chi ha uno dei genitori che presenta problemi di salute (tale situazione deve essere documentata).
- 6** - Il punteggio 6 viene assegnato a chi ha familiari che si occupano dell'assistenza con gravi problemi di salute. Tale condizione va rilevata sulla base di documentazione sanitaria prodotta dall'utente (copia verbali d'invalidità civile o altre certificazioni) e valutata congiuntamente con il medico dell'Unità Multidisciplinare.



Luogo di emissione	Numero: 4/S05	Pag. 14
Ancona	Data: 10/02/2009	

4. PRESENZA DI ALTRI FAMILIARI IN SITUAZIONE DI DISABILITA' GRAVE, CHE NECESSITANO DI ASSISTENZA

- 1** - Il punteggio 1 viene assegnato a chi non ha altri familiari da assistere
- 2** - Il punteggio 2 viene assegnato a chi ha un altro familiare da assistere in maniera parziale
- 3** - Il punteggio 3 viene assegnato a chi si trova ad assistere uno o più soggetti disabili in maniera continuativa.

5. CONTESTO ABITATIVO – BARRIERE ARCHITETTONICHE/BARRIERE ALLA PARTECIPAZIONE SOCIALE

- 1** - Il punteggio 1 viene assegnato a chi vive in un contesto abitativo privo di barriere architettoniche o alla partecipazione sociale
- 2** - Il punteggio 2 viene assegnato a chi ha fa uso di ausili tecnici che consentono il superamento, anche parziale, delle barriere architettoniche o alla partecipazione sociale facilitando l'autonomia, la comunicazione e l'assistenza
- 3** - Il punteggio 3 viene assegnato a chi vive in un contesto abitativo con barriere architettoniche o alla partecipazione sociale che impediscono la piena o parziale autonomia del soggetto, con limitazioni anche delle funzioni di assistenza.

6. COLLOCAZIONE DELL'ABITAZIONE IN RELAZIONE AI SERVIZI

- 1** - Il punteggio 1 viene assegnato a chi abita in una zona con elevata possibilità di accedere a servizi di svariato genere (trasporti, servizi socio-sanitari, servizi di prima necessità)
- 2** - Il punteggio 2 a chi vive in una zona con limitata possibilità di accedere a servizi di svariato genere
- 3** - Il punteggio 3 a chi vive in zona con insufficiente possibilità di accedere a servizi di svariato genere.

7. UTILIZZO DI ALTRE FORME DI ASSISTENZA (DOMICILIARE DOMESTICA O EDUCATIVA, OPERATORI DEL SERVIZIO CIVILE O ALTRO PERSONALE FORNITO DALL'ENTE LOCALE)

- 1** - Il punteggio 1 viene assegnato a coloro che usufruiscono di da 13 a 18 ore settimanali di assistenza
- 2** - Il punteggio 2 a coloro che usufruiscono da 7 a 12 ore settimanali
- 3** - Il punteggio 3 a coloro che usufruiscono da 0 ad un massimo di 6 ore di assistenza settimanali.

8. VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELL'INTERVENTO RICHIESTO IN FUNZIONE DELLA PERMANENZA E AUTONOMIA DELLA PERSONA A DOMICILIO

- 1** - Il punteggio 1 viene assegnato quando l'intervento si ritiene scarsamente efficace



Luogo di emissione Ancona	Numero: 4/S05	Pag. 15
	Data: 10/02/2009	

- 3** - Il punteggio 3 quando l'intervento si ritiene parzialmente efficace
- 6** - Il punteggio 6 quando l'intervento si particolarmente efficace

ACQUISITA

NON ACQUISITA

Indicare se il disabile frequenta:

- la scuola: SI
- NO

Per l'équipe multidisciplinare:
L'assistente sociale

data di compilazione _____

Si considera pienamente acquisita tale condizione quando si acquisisce:

- un punteggio uguale o maggiore a 15
- il punteggio di **6** nella condizione n. 3 "Condizione di salute dei familiari che prestano assistenza " o nella condizione n 8 " Valutazione dell'efficacia dell'intervento richiesto in funzione della permanenza e autonomia della persona a domicilio"



Luogo di emissione	Numero: 4/S05	Pag. 16
Ancona	Data: 10/02/2009	

Allegato – SCHEDA B

ASUR

ZONA TERRITORIALE N. _____

Unità Multidisciplinare per l'età _____

RELAZIONE VALUTATIVA

(L. N. 104/92, L. N 162/98, L.R. 18/1996 e successive modificazioni - Assistenza domiciliare indiretta al disabile in situazione di particolare gravità)

Sig. _____

Nato a _____ il _____

Residente _____ Via _____ n. _____

Condizione n. 1

Mobilità _____

Condizione n. 2

Cura della propria persona _____



Luogo di emissione	Numero: 4/S05	Pag. 17
Ancona	Data: 10/02/2009	

Condizione n. 3

Compiti e richieste generali _____

Condizione n. 4

Apprendimento e applicazione delle conoscenze _____

Condizione n. 5

Comunicazione _____

Il Responsabile
dell'Unità Multidisciplinare per l'età _____



Luogo di emissione	Numero: 4/S05	Pag. 18
Ancona	Data: 10/02/2009	

Allegato - SCHEDA C

Comune di _____

ASUR

ZONA TERRITORIALE _____

Unità Multidisciplinare per l'età _____

**DICHIARAZIONE DI IMPEGNO
PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRECTA
AL DISABILE IN SITUAZIONE DI PARTICOLARE GRAVITA'**

Io sottoscritto _____

Residente _____ Via _____ n.

in qualità di:

genitore (1)

familiare (1)

operatore esterno (1)

MI IMPEGNO ED OBBLIGO:

1) a garantire, nell'ambito del programma di assistenza domiciliare definito con l'Unità Multidisciplinare per l'età _____ e il Comune, le prestazioni assistenziali di seguito elencate in favore di:

Sig. _____ nato a _____ il _____

residente a _____ Via _____



Luogo di emissione	Numero: 4/S05	Pag. 19
Ancona	Data: 10/02/2009	

2)a collaborare con il referente dell'Unità Multidisciplinare e con il referente dell'ente locale per il puntuale svolgimento del programma assistenziale;

3)a comunicare tempestivamente all'ufficio competente dell'Amministrazione comunale l'eventuale ricovero del Sig. _____ in altre strutture per periodi superiori a 1 mese.

(1) Barrare la voce che interessa

ATTIVITA' SOCIO-ASSISTENZIALI

- A. Somministrazione dei pasti
- B. Assistenza ed aiuto nella deambulazione, mobilitazione, vestizione e nella gestione delle attività quotidiane
- C. Controllo e sorveglianza notturni
- D. Attività per il mantenimento di idonee condizioni igieniche dell'ambiente di vita del disabile
- E. Attività di stimolo per il mantenimento di possibili relazioni sociali
- F. Aiuto o controllo nell'espletamento delle normali attività quotidiane sia all'interno dell'abitazione che in rapporto con l'esterno

IL DICHIARANTE (2)

Per l'Unità Multidisciplinare per l'età _____

Per l'Amministrazione comunale

Data _____

(2) Genitore/familiare o operatore esterno



Luogo di emissione	Numero: 4/S05	Pag. 20
Ancona	Data: 10/02/2009	

Allegato – SCHEDA DI VERIFICA D

Comune di _____

ASUR

ZONA TERRITORIALE N. _____

Unità Multidisciplinare per l'età _____

SCHEDA DI VERIFICA CIRCA L'ATTUAZIONE DELL'INTERVENTO

Signor _____

residente _____ Via _____

genitore/familiare referente Sig. _____

operatore esterno referente Sig. _____

Valutazione relativa a:

1) Cura dell'alimentazione	1	2	3
2) Assistenza e aiuto nella deambulazione, mobilizzazione, vestizione e nella gestione delle attività quotidiane	1	2	3
3) Controllo e sorveglianza per il riposo notturno	1	2	3
4) Attività di mantenimento di idonee condizioni igieniche dell'ambiente di vita del disabile	1	2	3
5) Attività di stimolo per il mantenimento di possibili relazioni sociali	1	2	3
6) Aiuto o controllo nell'espletamento delle normali attività quotidiane sia all'interno dell'abitazione che in rapporto con l'esterno	1	2	3



Luogo di emissione	Numero: 4/S05	Pag. 21
Ancona	Data: 10/02/2009	

Eventuali periodi di ricovero presso strutture sociali o sanitarie per più di trenta giorni continuativi

Si Indicare periodi _____

No

Note valutative di sintesi:

Per l'Unità Multidisciplinare per l'età _____

Per l'Ente Locale

Data _____

LEGENDA: 1) scarsa
2) sufficiente
3) buona



Luogo di emissione	Numero: 4/S05	Pag. 22
Ancona	Data: 10/02/2009	

Allegato E/1

MODELLO DI DOMANDA REDATTA DAL DISABILE

**Al Presidente della
Commissione sanitaria provinciale
c/o SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE
ASUR
ZONA TERRITORIALE N. _____
(capoluogo di provincia) _____
Via _____
Città _____**

Il/La sottoscritto/a sig./ra _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

tel. _____

già riconosciuto "portatore di handicap in situazione di gravità" (ex articolo 3 legge 104/1992) dalla Commissione sanitaria della ex ASL n. _____ di _____ in data _____

CHIEDE

di essere sottoposto a visita medico-collegiale da parte della Commissione sanitaria provinciale al fine della valutazione della condizione di "particolare gravità" (L. N. 104/92, L. N. 162/98, L.R. 18/1996 e successive modificazioni: Assistenza domiciliare indiretta al disabile in situazione di particolare gravità).

Allega la documentazione comprovante la situazione di particolare gravità: attestazione di handicap in condizione di gravità nonché eventuale altra documentazione socio-sanitaria utile all'accertamento di che trattasi.

Allega inoltre autocertificazione dello stato di famiglia secondo le modalità di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Data _____

Firma _____



Luogo di emissione	Numero: 4/S05	Pag. 23
Ancona	Data: 10/02/2009	

Allegato E/2

MODELLO DI DOMANDA REDATTA DA TERZI

**Al Presidente della Commissione
sanitaria provinciale
c/o SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE
ASUR
ZONA TERRITORIALE N. _____
(capoluogo di provincia) _____
Via _____
Città _____**

Il/La sottoscritto/a sig./ra _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

in qualità di:

ف genitore

ف familiare

ف esercente la potestà o tutela

CHIEDE

per:

Nome e cognome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

tel. _____

già riconosciuto "portatore di handicap in situazione di gravità" (ex articolo 3 legge 104/1992)
dalla Commissione sanitaria della ex ASL n. _____ di _____ in
data _____



Luogo di emissione	Numero: 4/S05	Pag. 24
Ancona	Data: 10/02/2009	

che venga sottoposto a visita medico-collegiale da parte della Commissione sanitaria provinciale al fine della valutazione della condizione di "particolare gravità" (L. N. 104/92, L. N. 162/98, L.R. 18/1996 e successive modificazioni: Assistenza domiciliare indiretta al disabile in situazione di particolare gravità).

Allega la documentazione comprovante la situazione di particolare gravità (es.: certificati del medico curante, copia di cartelle cliniche e/o certificazioni specialistiche, ecc.).

Allega inoltre autocertificazione dello stato di famiglia del disabile secondo le modalità di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Firma _____

Data _____



Luogo di emissione Ancona	Numero: 4/S05	Pag. 25
	Data: 10/02/2009	

Allegato F

Al Signor Sindaco del Comune di

**DOMANDA DI CONCESSIONE DI CONTRIBUTO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE
INDIRETTA AL DISABILE IN SITUAZIONE DI PARTICOLARE GRAVITA' - ANNO _____
(L. n. 104/92 – L. n. 162/98 - R. 18/1996)**

Il/La sottoscritto/a _____

codice fiscale n. _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

tel. _____

in qualità di:

persona disabile in situazione di particolare gravità

genitore

familiare

esercente la potestà o tutela per il sig./sig.ra _____
persona disabile in situazione di particolare gravità nato/a il _____ a
_____ residente in _____ via _____ tel

**CHIEDE il contributo per il servizio di assistenza domiciliare indiretta al disabile in
situazione di particolare gravità fornito da:**

- genitore/familiare convivente *
- genitore/familiare non convivente *
- operatore esterno *

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



Luogo di emissione	Numero: 4/S05	Pag. 26
Ancona	Data: 10/02/2009	

benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del d.p.r. 445/2000).

Dichiara che la persona disabile in situazione di particolare gravità:

- sta adempiendo all'obbligo scolastico o all'obbligo formativo °°;
- pur essendo nell'età dell'obbligo, non frequenta la scuola in conseguenza della gravità della patologia °°
- è inserito in un centro socio-educativo diurno di cui all'art. 13 della L.r. . 18/96 sulla base di un piano educativo individualizzato predisposto dalla competente UMEA che ne prevede l'inserimento per un orario settimanale di ore _____ come previsto dal progetto UMEA
- convive con un genitore o, nel caso di sua scomparsa, con un fratello o una sorella, il quale usufruisce del congedo di cui all'articolo 42, comma 5, del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151 (ex legge n. 53/2000 sui congedi parentali – massimo due anni di congedo dal lavoro regolarmente retribuito) °°;
- vive stabilmente in casa °°.

Il richiedente

* barrare la voce o le voci che interessano
°° barrare la voce che interessa

Data _____

Si allega copia fotostatica del documento di riconoscimento.

La firma del richiedente viene apposta in presenza del dipendente addetto alla ricezione. Qualora il richiedente non sia in grado di firmare per impedimento fisico l'addetto alla ricezione ne prende atto e lo specifica nella presente istanza.

L' Addetto alla ricezione

Ass. Soc. _____

ovvero altro referente dell'Ente locale



SCHEDA PER LA QUANTIFICAZIONE DELLE ORE

Allegato G

Regione Marche
ASUR
Zona Territoriale n.

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita: _____

SCHEDA PER LA QUANTIFICAZIONE DELLE ORE (L. 104/92, L. 162/98, L.R. 18/96 e successive modificazioni Assistenza Domiciliare Indiretta al disabile in situazione di particolare gravità)

1. il carico assistenziale prevalentemente ricade su	Più familiari	2
	Solo su un familiare	4
	Nessun familiare	6

2. età del familiare che presta principalmente assistenza	Meno di 56 anni	2
	Tra 56 e 64 anni	4
	Più di 65 anni/nessun familiare	6

3. stato di salute del familiare che principalmente presta assistenza	buona	2
	sufficiente	4
	Precaria/nessun familiare	6

4. carico assistenziale aggravato dalla presenza di altri familiari che necessitano di assistenza	Nessun familiare	2
	Non convivente	4
	Convivente	6

5. limitazione autonomia a causa della presenza di barriere	minima	2
	parziale	4
	totale	6

6. possibilità di accedere facilmente ai servizi territoriali	buona	2
	Sufficiente	4
	precaria	6

7. presenza di altre forme di assistenza (anche economiche)	rilevante	2
	Poco rilevante	4
	assente	6

8. livello rischio di istituzionalizzazione del disabile	basso	2
	medio	4
	alto	6



Luogo di emissione Ancona	Numero: 4/S05	Pag. 28
	Data: 10/02/2009	

VALUTAZIONE:

PUNTEGGIO	QUANTITATIVO ORE
16	40
17-24	45
25-32	50
33-40	55
41-48	60

Data di compilazione

Per l'Unità Multidisciplinare per l'età _____
Assistente sociale

Per l'Ente Locale
Assistente sociale o altro referente



Luogo di emissione	Numero: 4/S05	Pag. 29
Ancona	Data: 10/02/2009	

ALLEGATO H

MODELLO DI DOMANDA DI REVISIONE REDATTA DAL DISABILE

AL PRESIDENTE
COMMISSIONE SANITARIA REGIONALE
DI REVISIONE
A N C O N A

Il/La sottoscritto/a Sig./ra _____

Nato/a a _____

Residente a _____

Via _____

Tel _____

AL/ALLA QUALE LA COMMISSIONE SANITARIA PROVINCIALE COMPETENTE HA RICONOSCIUTO PER L'ANNO _____ IL PUNTEGGIO MASSIMO DI ALMENO DUE DELLE QUATTRO CONDIZIONI INDICATE NELLA SCHEDA DI VALUTAZIONE "A" COSI' RAGGRUPPATE: CONDIZIONE 1,2,3,6 OPPURE CONDIZIONE 3,4,5,6

RIVOLGE ISTANZA

affinché codesta Commissione rivaluti il proprio caso.

Firma _____

_____ li _____

NOTA BENE

- La presente istanza deve essere spedita al seguente indirizzo: AL DIRIGENTE DEL SERVIZIO POLITICHE SOCIALI REGIONE MARCHE – VIA GENTILE DA FABRIANO N. 3 60125 ANCONA ENTRO E NON OLTRE IL :

- **15 SETTEMBRE 2009 RELATIVAMENTE ALLA ISTANZA DI VISITA PRESENTATA ALLA COMMISSIONE PROVINCIALE ENTRO IL 30 APRILE 2009;**
- **15 SETTEMBRE 2010 RELATIVAMENTE ALLA ISTANZA DI VISTA PRESENTATA ALLA COMMISSIONE PROVINCIALE ENTRO IL 31 MARZO 2010**



Luogo di emissione	Numero: 4/S05	Pag. 30
Ancona	Data: 10/02/2009	

ALLEGATO I

MODELLO DI DOMANDA DI REVISIONE REDATTA DA TERZI

AL PRESIDENTE
COMMISSIONE SANITARIA REGIONALE
DI REVISIONE
A N C O N A

Il/La sottoscritto/a sig./ra _____

Residente a _____

In qualità di:

- Genitore
- Familiare
- Esercente la potestà o tutela

RIVOLGE ISTANZA

Per:

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____

Residente a _____

Via _____ Tel. _____

AL/ALLA QUALE LA COMMISSIONE SANITARIA PROVINCIALE COMPETENTE HA RICONOSCIUTO PER L'ANNO _____ IL PUNTEGGIO MASSIMO DI ALMENO DUE DELLE QUATTRO CONDIZIONI INDICATE NELLA SCHEDA DI VALUTAZIONE "A" COSI' RAGGRUPPATE: CONDIZIONE 1,2,3,6 OPPURE CONDIZIONE 3,4,5,6 affinché codesta Commissione rivaluti il suo caso.

Firma _____

_____ li _____

NOTA BENE

- La presente istanza deve essere spedita al seguente indirizzo: AL DIRIGENTE DEL SERVIZIO POLITICHE SOCIALI REGIONE MARCHE – VIA GENTILE DA FABRIANO N. 3 , 60125 ANCONA ENTRO E NON OLTRE IL
- **15 SETTEMBRE 2009 RELATIVAMENTE ALLA ISTANZA DI VISITA PRESENTATA ALLA COMMISSIONE PROVINCIALE ENTRO IL 30 APRILE 2009;**
- **15 SETTEMBRE 2010 RELATIVAMENTE ALLA ISTANZA DI VISTA PRESENTATA ALLA COMMISSIONE PROVINCIALE ENTRO IL 31 MARZO 2010**