



Luogo di emissione	Numero: 19/POL	Pag. 1
Ancona	Data: 23/03/2011	

**DECRETO DEL DIRIGENTE DEL
SERVIZIO POLITICHE SOCIALI**
N. 19/POL DEL 23/03/2011

Oggetto: Assistenza domiciliare indiretta al disabile in situazione di particolare gravità. Modalità e tempi di applicazione dei criteri di cui alla D.G.R. n. 385/2011 - Anno 2011.

**IL DIRIGENTE DEL
SERVIZIO POLITICHE SOCIALI**

- . . . -
(omissis)

- D E C R E T A -

- di approvare le modalità ed i tempi per l'applicazione dei criteri previsti dalla D.G.R. n. 385 del 21.03.2011, relativi all'assistenza domiciliare indiretta al disabile in situazione di particolare gravità di cui all'allegato "1", che forma parte integrante e sostanziale del presente atto, con riferimento all'anno 2011;
- di approvare gli allegati "SCHEDA A", "SCHEDA SUB A adulti", "SCHEDA SUB A minori", "SCHEDA B", "C", "D", "E", "E1", "F", "G", "H" e "I", che formano parte integrante e sostanziale del presente atto.

Avverso il presente decreto è ammesso ricorso innanzi alle Autorità giurisdizionalmente competenti entro i termini previsti dalla normativa vigente.

Si applica l'art.1 del D.P.R. n. 118 del 7/1/2000.

IL DIRIGENTE RESPONSABILE
(Dott. Paolo Mannucci)

- ALLEGATI -

ALLEGATO 1



Luogo di emissione	Numero: 19/POL	Pag. 2
Ancona	Data: 23/03/2011	

ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA AL DISABILE IN SITUAZIONE DI PARTICOLARE GRAVITÀ - MODALITÀ' E TEMPI PER L'APPLICAZIONE DEI CRITERI DI CUI ALLA D.G.R. N. 385/2011 - ANNO 2011.

Con il presente atto vengono di seguito individuate le procedure amministrative da porre in essere ai fini del conseguimento del contributo regionale per l'anno 2011, relativo all'Assistenza Domiciliare Indiretta al disabile in situazione di particolare gravità, i cui criteri sono stati definiti con la D.G.R. n. 385 del 21.03.2011.

Entro il **15 aprile 2011**, l'ente locale pubblica un apposito bando con il quale fornisce tutte le possibili informazioni in riferimento all'intervento in questione e fissa al **10 maggio 2011** il termine per la presentazione, da parte degli utenti interessati o loro familiari, della richiesta 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 gli allegati "E" ed "E/1", 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.

Non saranno, inoltre, prese in considerazione le domande di soggetti non in possesso dei requisiti inerenti l'età riportati nella D.G.R. n. 385/2011, nonché di soggetti affetti dalle tipologie di disabilità escluse dal beneficio economico e specificatamente riportate nella medesima delibera regionale.

Alla domanda il richiedente allega l'attestazione di handicap in condizione di gravità, rilasciata dalla Commissione socio-sanitaria di cui alla legge 104/92, l'autocertificazione dello stato di famiglia, secondo le modalità di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché ogni altra documentazione ritenuta idonea ai fini del riconoscimento.



Luogo di emissione	Numero: 19/POL	Pag. 3
Ancona	Data: 23/03/2011	

La segreteria della Commissione sanitaria, qualora valuti congrua la documentazione presentata, segnala il caso alla competente Unità multidisciplinare, la quale redige l'allegato "SCHEDA B" come supporto ai fini della valutazione, nonché l'allegato "SCHEDA SUB A adulti" o "SCHEDA SUB A minori" relative alla condizione n. 6 "Grado di funzionalità dell'ambiente sociale e fisico", che costituiscono parte integrante e sostanziale della valutazione finale.

L'unità multidisciplinare, ai fini della compilazione delle suddette schede, 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.

Il disabile dovrà essere sottoposto all'esame della Commissione sanitaria provinciale territorialmente competente, che, sulla base dell'allegato "SCHEDA A", dovrà accertare le condizioni che determinano la situazione di particolare gravità.

Qualora venga raggiunto il punteggio massimo in almeno tre delle quattro condizioni così raggruppate condizioni 1,2,3,6 oppure condizioni 3,4,5,6 la Commissione sanitaria provinciale riconoscerà la condizione di particolare gravità in capo al disabile.

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.

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.

La Commissione sanitaria provinciale, ai fini della valutazione complessiva del caso e della compilazione dell'allegato "SCHEDA A" è integrata da un referente della competente unità multidisciplinare, il quale controfirma la scheda stessa.

Nel caso di soggetti seguiti dai Centri privati accreditati, ex art. 26 della L. n. 833/78, questi ultimi, insieme alle UU.MM., individuano le modalità di collaborazione ritenute più idonee ai fini della compilazione dell'allegato "SCHEDA B" e dell'allegato "SCHEDA SUB A" adulti /minori - relative alla condizione n. 6 "Grado di funzionalità dell'ambiente sociale e fisico", da inoltrare poi, a carico dell'UU.MM., alla Commissione sanitaria provinciale.



Luogo di emissione	Numero: 19/POL	Pag. 4
Ancona	Data: 23/03/2011	

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 dell'allegato "SCHEDA 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".

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 all'allegato "C", 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, quantifica le ore assegnabili per ciascun caso tramite la compilazione dell'apposito allegato "G", fatta eccezione dei casi riportati nella deliberazione n. 385/2011.

E' competenza dell'Unità multidisciplinare, in collaborazione con il referente dell'ente locale, verificare 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 utilizzato l'allegato "D", 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.



Luogo di emissione	Numero: 19/POL	Pag. 5
Ancona	Data: 23/03/2011	

Entro il **30 settembre 2011** gli Enti locali, tramite il Comune capofila dell'Ambito Territoriale Sociale di appartenenza, inoltrano la richiesta di contributo, con apposita delibera o determina dirigenziale, al Servizio Politiche Sociali - Regione Marche, Via G. da Fabriano, 3 - 60125 Ancona. Tale domanda va redatta su supporto informatico, sulla base di un programma appositamente fornito, e stampata su carta.

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

- a) nel caso di nuovi utenti riconosciuti in situazione di particolare gravità, occorre inviare l'allegato "SCHEDA A", la dichiarazione di impegno allegato "C" e l'allegato "G" per la quantificazione delle ore;
- b) nel caso di utenti già riconosciuti in situazione di particolare gravità alla data del 31.12.2010, non occorre inviare l'allegato "SCHEDA A" bensì la dichiarazione di impegno allegato "C", l'allegato "D" di verifica circa l'attuazione dell'intervento e l'allegato "G" per la quantificazione delle ore. Il mancato invio dell'allegato "D" comporta la non ammissione a contributo;
- c) 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.R. che indica le ragioni per le quali il soggetto non può frequentare la scuola;
- d) relativamente ai soggetti per i quali si prevede un monte ore di assistenza superiore a 30, 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 l'allegato "SCHEDA 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. 385/2011.

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 allegato "H".



Luogo di emissione	Numero: 19/POL	Pag. 6
Ancona	Data: 23/03/2011	

Entro il **31 agosto 2011** la Commissione sanitaria provinciale invia alla Regione - Servizio Politiche Sociali, via G. da Fabriano, 3 – 60125 Ancona, l'elenco nominativo, con relativo indirizzo, delle persone che rientrano nella condizione sopra descritta unitamente alla copia dei seguenti allegati: "SCHEDA A" ; "SCHEDA SUB A adulti"; "SCHEDA SUB A minori" e "SCHEDA B".

Le istanze di revisione devono pervenire entro il **15 settembre 2011**.

Le istanze pervenute dopo quella data non saranno prese in considerazione.

Le istanze pervenute nei termini verranno esaminate dalla Commissione sanitaria regionale di revisione la quale, ai fini dell'espletamento dei propri compiti, utilizzerà il medesimo allegato "SCHEDA A".

Entro il **10 ottobre 2011** il suddetto allegato "SCHEDA A" - con l'esito della valutazione effettuata dalla Commissione sanitaria regionale di revisione - sarà inviata, a mezzo raccomandata A.R. al domicilio di ciascun disabile interessato.

Copia dell'allegato "SCHEDA A" verrà trasmessa, entro la stessa data, anche all'ente locale di residenza del disabile per i successivi adempimenti di competenza precedentemente descritti.

Entro e non oltre il **10 novembre 2011** l'ente locale deve trasmettere con propria delibera o determina dirigenziale la richiesta di contributo corredata dalla seguente documentazione:

- a) allegato "C" dichiarazione di impegno, qualora ne ricorra la fattispecie, copia della documentazione di cui alle lettere c) e d) precedentemente descritte;
- b) allegato "G" per la quantificazione delle ore.

ALLEGATO "SCHEDA A"



Luogo di emissione	Numero: 19/POL	Pag. 7
Ancona	Data: 23/03/2011	

REGIONE MARCHE
ASUR
ZONA TERRITORIALE N. _____

SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DEL DISABILE
IN SITUAZIONE DI PARTICOLARE GRAVITA'
(L. 104/92, L. 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



Luogo di emissione	Numero: 19/POL	Pag. 9
Ancona	Data: 23/03/2011	

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

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.

N.B.

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	Numero: 19/POL	Pag. 13
Ancona	Data: 23/03/2011	

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 all'allegato "SCHEDA A" per la valutazione del disabile in situazione di particolare gravità.
(L. 104/92, L. 162/98, L.R. 18/1996 e successive modificazioni)

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).



Luogo di emissione	Numero: 19/POL	Pag. 14
Ancona	Data: 23/03/2011	

- 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.

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 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.



Luogo di emissione	Numero: 19/POL	Pag. 15
Ancona	Data: 23/03/2011	

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
- 3** - Il punteggio 3 quando l'intervento si ritiene parzialmente efficace
- 6** - Il punteggio 6 quando l'intervento si ritiene 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: 19/POL	Pag. 16
Ancona	Data: 23/03/2011	

ALLEGATO "SCHEDA B"

ASUR

ZONA TERRITORIALE N. _____

Unità Multidisciplinare per l'età _____

RELAZIONE VALUTATIVA

(L. 104/92, L. 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: 19/POL	Pag. 17
Ancona	Data: 23/03/2011	

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: 19/POL	Pag. 18
Ancona	Data: 23/03/2011	

ALLEGATO "C"

Comune di _____

ASUR

ZONA TERRITORIALE _____

Unità Multidisciplinare per l'età _____

**DICHIARAZIONE DI IMPEGNO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA 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: 19/POL	Pag. 19
Ancona	Data: 23/03/2011	

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, mobilizzazione, 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: 19/POL	Pag. 20
Ancona	Data: 23/03/2011	

ALLEGATO "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



Luogo di emissione	Numero: 19/POL	Pag. 21
Ancona	Data: 23/03/2011	

6) Aiuto o controllo nell'espletamento delle normali attività quotidiane sia all'interno dell'abitazione che in rapporto con l'esterno 1 2 3

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

Si Indicare periodi _____

No

Si conferma d'aver verificato che il disabile in questione:

- non beneficia del contributo regionale per il "Piano personalizzato di vita indipendente"
- non beneficia del contributo regionale in favore dei malati di Sindrome Laterale Amiotrofica (SLA)
- ha richiesto alla zona di appartenenza il contributo regionale in favore dei malati di Sindrome Laterale Amiotrofica (SLA)

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: 19/POL	Pag. 22
Ancona	Data: 23/03/2011	

ALLEGATO "E"

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. 104/92, L. 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: 19/POL	Pag. 23
Ancona	Data: 23/03/2011	

ALLEGATO "E/1"

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:

☐ genitore

☐ familiare

☐ 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: 19/POL	Pag. 24
Ancona	Data: 23/03/2011	

che venga sottoposto a visita medico-collegiale da parte della Commissione sanitaria provinciale al fine della valutazione della condizione di "particolare gravità" (L. 104/92 L. 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	Numero: 19/POL	Pag. 25
Ancona	Data: 23/03/2011	

ALLEGATO "F"

Al Signor Sindaco del Comune di

**DOMANDA DI CONCESSIONE DI CONTRIBUTO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRECTA
AL DISABILE IN SITUAZIONE DI PARTICOLARE GRAVITA' - ANNO _____
(L. 104/92 - L. 162/98 - L. 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 *



Luogo di emissione	Numero: 19/POL	Pag. 26
Ancona	Data: 23/03/2011	

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).

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 53/2000 sui congedi parentali – massimo due anni di congedo dal lavoro regolarmente retribuito) °°;
- vive stabilmente in casa °°

Dichiara inoltre che la persona in situazione di particolare gravità

- non beneficia del contributo regionale per il "Piano personalizzato di vita indipendente"°°
- non beneficia del contributo regionale in favore dei malati di Sindrome Laterale Amiotrofica (SLA)°°
- ha richiesto alla zona di appartenenza il contributo regionale in favore dei malati di Sindrome Laterale Amiotrofica (SLA)

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



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
	precara	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: 19/POL	Pag. 28
	Data: 23/03/2011	

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: 19/POL	Pag. 29
Ancona	Data: 23/03/2011	

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" così raggruppate: condizione 1,2,3,6 oppure condizione 3,4,5,6

RIVOLGE ISTANZA

affinché codesta Commissione rivaluti il proprio caso.

Firma _____

_____ li _____

N.B.

La presente istanza deve essere spedita, entro e non oltre il **15 settembre 2011**, al seguente indirizzo:
DIRIGENTE DEL SERVIZIO POLITICHE SOCIALI
REGIONE MARCHE – VIA GENTILE DA FABRIANO N. 3 - 60125 ANCONA



Luogo di emissione	Numero: 19/POL	Pag. 30
Ancona	Data: 23/03/2011	

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" così raggruppate: condizione 1,2,3,6 oppure condizione 3,4,5,6 , affinché codesta commissione rivaluti il suo caso.

_____ li _____ Firma _____

N.B.
La presente istanza deve essere spedita, entro e non oltre il **15 settembre 2011**, al seguente indirizzo:
DIRIGENTE DEL SERVIZIO POLITICHE SOCIALI
REGIONE MARCHE – VIA GENTILE DA FABRIANO N. 3 - 60125 ANCONA