REGIONE MARCHE
Giunta regionale

DECRETO DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
SERVIZIO POLITICHE SOCIALI E SPORT
n. 147 del 31 ottobre 2017

Oggetto: **DGR 1120/2017 - 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 - ANNO 2017. IMPEGNO E LIQUIDAZIONE A FAVORE DEGLI ATS DI UN ACCONTO PARI AD € 536.000,00 .**

DECRETA

- di approvare l'avviso pubblico di cui all'allegato "A", che forma parte integrante e sostanziale del presente atto, relativo alle modalità e tempi per la presentazione delle domande di contributo per gli interventi a favore delle persone in condizione di disabilità gravissima i cui criteri sono stati stabiliti dalla DGR n. 1120 del 02.10.2017;

- di approvare la relativa modulistica di cui agli allegati "B", "B1", "C", "D" ed "E" che formano parte integrante e sostanziale del presente atto;
- di assegnare, impegnare e liquidare agli enti capofila degli Ambiti Territoriali Sociali il contributo regionale a fianco di ciascuno di essi indicato per un importo complessivo di € 536.000,00, secondo quanto riportato nell'allegato "F", che forma parte integrante e sostanziale del presente atto, quale acconto per gli interventi rivolti alle persone in condizione di disabilità gravissima, secondo quanto disposto dalla DGR n. 1120/2017;

- di stabilire che con successivo decerto del Dirigente del Servizio Politiche Sociali e Sport si provvederà al trasferimento delle eventuali ulteriori risorse come previsto dalla DGR n. 1120/2017;

- di stabilire che l'obbligazione giuridica conseguente il presente atto risulta esigibile e scaduta, ai sensi del D.Lgs. 118/2011, nell'anno 2017;

- di stabilire che l'onere complessivo derivante dall'adozione del presente decreto pari ad € 536.000,00 fa carico al bilancio di previsione 2017/2019 annualità 2017 nell'ambito della disponibilità già attestata con DGR n. 960 del 07.08.2017, come segue:

- *€ 426.129,59 al capitolo 2120210042;*
- *€ 81.012,81 al capitolo 2120210043;*
- *€ 28.857,60 al capitolo 2120210044;*

previa riduzione dell'accantonamento assunto con DGR n. 960/2017 per l'importo di € 536.000,00;

CTE dell'operazione contabile - capitolo 2120210042

Missione	12
Programma	02
Codice economico	2310102003

COFOG	101
Transazione UE	8
SIOPE	1040102003
CUP	000000000000000
Spesa ricorrente	3
Codice perimetro sanitario	3
Codice programma politica regionale unitaria	000

CTE dell'operazione contabile - capitolo 2120210043

Missione	12
Programma	02
Codice economico	2310102005
COFOG	101
Transazione UE	8
SIOPE	1040102005
CUP	000000000000000
Spesa ricorrente	3
Codice perimetro sanitario	3
Codice programma politica regionale unitaria	000

CTE dell'operazione contabile - capitolo 2120210044

Missione	12
Programma	02
Codice economico	2310399001
COFOG	101
Transazione UE	8
SIOPE	1040399999
CUP	000000000000000
Spesa ricorrente	3
Codice perimetro sanitario	3
Codice programma politica regionale unitaria	000

- di stabilire che la liquidazione è esclusa dalla verifica di cui all'art. 48 bis del D.P.R. 602/1973 e del relativo regolamento attuativo, ai sensi del punto 1) dell'allegato "A" della D.G.R. n. 605 del 26.04.2011, in quanto trattasi di pagamenti a favore delle amministrazioni pubbliche ricomprese nell'elenco predisposto annualmente dall'ISTAT ai sensi dell'articolo 1, comma 5, della legge finanziaria 2005 o a favore di società a totale partecipazione pubblica;

- dare atto che l'importo da liquidare con il presente decreto non è soggetto alla ritenuta d'acconto ai sensi della dell'art 28 DPR 600/1973.

Si attesta l'avvenuta verifica dell'inesistenza di situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e s.m.i..

Si applica l'art. 27 del D.Lgs. 33/2013 nei limiti degli strumenti messi a disposizione dalla Regione Marche alla data odierna.

Il presente atto viene pubblicato per estremi sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche, ai sensi della L.R. 17/2013.

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

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
(dott. Giovanni Santarelli)

Documento informatico firmato digitalmente

ALLEGATI

Visto contabile (file "Visto contabile disabili gravissimi anno 2017")
Allegato A (file "Allegato A avviso pubblico.docx")
Allegato B (file "Allegato B".docx")
Allegato B1 (file "Allegato B1".docx")
Allegato C (file "Allegato C".docx")
Allegato D (file "Allegato D".docx")
Allegato E (file "Allegato E".docx")
Allegato F (file "Allegato F".docx")

Allegato "A"

DGR 1120/2017 - 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 - ANNO 2017.

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 2017 per interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissime di cui all'art. 3 del D.M. 26/09/2016 i cui criteri sono stati definiti con la D.G.R. n. 1120 del 02.10.2017.

Entro **il 30 novembre 2017**, l'Ente locale pubblica un apposito bando con il quale fornisce tutte le possibili informazioni in riferimento all'intervento in questione e fissa al **31 gennaio 2018** il termine per la presentazione, da parte delle persone con disabilità o loro familiari, della domanda per il riconoscimento della condizione di disabilità gravissima di cui all'art. 3 c. 2 del D.M. 26/09/2016 alla competente Commissione sanitaria provinciale al fine di accedere al contributo regionale

L'Ente locale individua, inoltre, un proprio referente, preferibilmente l'assistente sociale, con il compito di fornire idonee informazioni al fine di non creare inutili aspettative alle persone con disabilità e alle loro famiglie e nel contempo di non sovraccaricare inutilmente l'attività delle Commissioni sanitarie provinciali competenti che devono procedere alla valutazione delle condizioni di disabilità gravissima di cui all'art. 3 c. 3 del D.M. 26/09/2016 attraverso le scale riportate negli Allegati 1 e 2 del medesimo decreto ministeriale.

La persona con disabilità o la sua famiglia inoltra, tramite spedizione con raccomandata con ricevuta di ritorno o tramite PEC, la domanda per il riconoscimento della condizione di disabilità gravissima alle Commissioni sanitarie provinciali territorialmente competenti, operanti presso le Aree Vaste n. 1-2-3-4-5 (vedasi indirizzi sotto indicati), utilizzando il modello di domanda di cui agli allegati "B" ed "B1.

- **A.V. 1 - PESARO** Segreteria Commissione Sanitaria Provinciale:
  U.O.Medicina Legale Via Nitti,30 - 61100 PESARO
  PEC: areavasta1.asur@emarche.it

- **A.V. 2 - ANCONA** Segreteria Commissione Sanitaria Provinciale:
  c/o sede di Osimo - Piazza del Comune, 4 - 60027 OSIMO (AN)
  PEC: areavasta2.asur@emarche.it.

- **A.V. 3 - MACERATA** Segreteria Commissione Sanitaria Provinciale:
  Via Annibali 31/L - 62100 PIEDIRIPA DI MACERATA (MC)
  PEC: areavasta3.asur@emarche.it .

- **A.V. 4 - FERMO** Segreteria Commissione Sanitaria Provinciale
  Via Zeppilli n. 18 - 63900 FERMO
  PEC: areavasta4.asur@emarche.it

- **A.V. 5 - ASCOLI PICENO** Segreteria Commissione Sanitaria Provinciale
  Via degli Iris - 63100 ASCOLI PICENO
  PEC: areavasta5.asur@emarche.it

La domanda deve essere corredata **dal verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento** di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18 o di cui all'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013 e **dalla certificazione medica specialistica** di struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata, redatta secondo il modello di cui all'allegato "C" al presente decreto, attestante almeno una delle condizioni previste dalla lettera a) alla lettera i) di cui all'art 3 c. 2 del D.M. 26/09/2016 di seguito 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 ≤ 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 (vedi Allegato 2 del D.M. 26/09/2016) che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche.

   In riferimento alla lettera i) l'utente dovrà produrre certificazione specialistica di struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata che certifichi la condizione di dipendenza psico-fisica inerente alla patologia di cui è portatore, attestando quindi la condizione di "dipendenza vitale", secondo l'allegato 2 del DM 26/09/2016 "Altre persone in condizione di dipendenza vitale" .

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

Saranno escluse le domande che perverranno alle Commissioni sanitarie provinciali oltre il suddetto termine o che risulteranno incomplete della documentazione richiesta ovvero prive del verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento e/o della certificazione medica specialistica.

Le Commissioni sanitarie provinciali acquisiscono la suddetta documentazione e ne verificano la congruità ai fini del riconoscimento della condizione di "disabilità gravissima", nel rispetto delle schede di valutazione di cui al D.M. del 26/09/2016, potendo anche, se necessario, sottoporre ad accertamento collegiale la persona richiedente.

Le Commissioni sanitarie provinciali provvedono, **entro il 10 aprile 2018**, a trasmettere al diretto interessato e al Comune di residenza, utilizzando l'allegato "D", la certificazione relativa al riconoscimento della condizione di disabilità gravissima necessaria per la richiesta del contributo regionale.

Successivamente, le suddette Commissioni provvedono a trasmettere alla Regione Marche - Servizio Politiche Sociali e Sport l'elenco dei richiedenti il riconoscimento della condizione di "disabilità gravissima" con specifica indicazione di quelli riconosciuti o non riconosciuti in tale condizione.

La persona con disabilità o il genitore o il familiare o l'esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno provvedono immediatamente a prendere contatti con il proprio Comune di residenza per redigere la richiesta di contributo alla Regione Marche - Servizio Politiche Sociali e Sport utilizzando il modello di cui all'allegato "E".

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 DGR n. 1120/2017.

Sono esclusi dal contributo regionale i soggetti ospiti di strutture residenziali.

L'intervento è alternativo al progetto "Vita Indipendente" e all'intervento "Riconoscimento del lavoro di cura dei caregiver attraverso l'incremento del contributo alle famiglie per l'assistenza a persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica" di cui al presente atto.

L'intervento è alternativo alla misura di "Assegno di cura" rivolto agli anziani non autosufficienti.

L'Ente locale provvede ad inserire i dati relativi alle singole domande su supporto informatico fornito dal Servizio Politiche Sociali e Sport tramite il Centro di Ricerca e Documentazione sulle Disabilità, che verrà reso disponibile a partire **dal 1° marzo fino al 20 aprile 2018** .

Tali dati verranno poi aggregati automaticamente dal programma all'interno di una "Scheda riepilogativa" che dovrà essere stampata al termine della procedura.

L'Ente locale dovrà trasmettere all'ATS di appartenenza con propria delibera/determina, unitamente alla scheda riepilogativa, la documentazione di seguito indicata per ciascun beneficiario:

a) richiesta contributo - allegato "E";
b) certificazione relativa al riconoscimento della condizione di disabilità gravissima rilasciata dalle Commissioni Sanitarie provinciali - allegato "D";
c) nel caso di persone con disabilità in età scolare che, per ragioni legate alla gravità della patologia, non frequentano la scuola occorre presentare un attestato da parte di uno specialista del S.S.R. o del privato accreditato che indica le ragioni per le quali il soggetto non può frequentare la scuola.

Le richieste di contributo dovranno pervenire al Servizio Politiche Sociali e Sport, , entro il **30 aprile 2018** al seguente indirizzo PEC: regione.marche.politichesociali@emarche.it per il tramite degli Enti capofila degli ATS, che avranno il compito di raccogliere la documentazione di ciascun Ente locale sopra indicata.

Conclusa l'istruttoria delle domande, il Servizio Politiche Sociali e Sport provvede al riparto delle risorse tra i beneficiari e a trasferire agli Enti capofila degli Ambiti Territoriali Sociali il contributo regionale; quest'ultimi provvedono poi a loro volta a liquidare direttamente le somme agli aventi diritto.

Entro il **30 settembre 2018** gli Enti capofila degli ATS devono trasmettere al Servizio Politiche Sociali e Sport, tramite PEC la rendicontazione dell'avvenuta liquidazione del contributo regionale ai beneficiari.

Il presente Bando ed il riparto di cui all'allegato "F" vengono pubblicati sul sito della Regione Marche al seguente link:

http://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Sociale/Disabilità#2360_Bandi-e-Riparti

mentre la modulistica ovvero gli allegati "B", "B1", "C","D" ed "E" vengono pubblicati al seguente link:

http://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Sociale/Disabilità#3049_Modulistica

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 _____ _____
COGNOME NOME

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. ___ CAP _____

Codice fiscale _____

Tel. _____Cell. _____email_____

CHIEDE

di essere ammesso alla valutazione per il rilascio della certificazione attestante la condizione di "disabilità gravissima" di cui al D.M. 26/09/2016 ai fine della concessione del contributo regionale di cui alla DGR n. 1120/2017.

A tal fine **dichiara**:

☐ di beneficiare dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18 o di rientrare nella definizione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013;

e di trovarsi almeno in una delle seguenti condizioni:

j) 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;
k) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
l) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala *Clinical Dementia Rating Scale* (CDRS)>=4;
m) 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;
n) 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*;

o) 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;
p) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
q) 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;*
r) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche.

N.B.: nel caso in cui ricorra la condizione di cui alla lett. i) l'utente dovrà produrre certificazione specialistica di struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata che certifichi la condizione di dipendenza psico-fisica inerente alla patologia di cui è portatore, attestando quindi la condizione di "dipendenza vitale", secondo l'allegato 2 del DM 26/09/2016 "Altre persone in condizione di dipendenza vitale" .

Allega la seguente documentazione:

1. Copia del verbale di indennità di accompagnamento rilasciato dall'INPS. **(Allegare la copia del verbale senza gli OMISSIS, ovvero la copia del verbale dove sono chiaramente specificate le patologie della persona disabile).**
2. Certificazione medica specialistica attestante una delle condizioni previste dalla lettera a) alla lettera i) sopra riportate.
3. Copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Data_____

FIRMA

_____

E' consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000).

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 _____ _____
COGNOME NOME

residente a _____ Via _____ n. ___ CAP _____

Codice fiscale _____

Tel. _____Cell. _____email_____

in qualità di:

☐ genitore

☐ familiare

☐ esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno

per conto di:

_____ _____
COGNOME NOME

nato a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. ___ CAP _____

Codice fiscale _____

CHIEDE

Che il suddetto venga ammesso alla valutazione per il rilascio della certificazione attestante la condizione di “disabilità gravissima” di cui al D.M. 26/09/2016 ai fine della concessione del contributo regionale di cui alla DGR 1120/2017.

A tal fine **dichiara**:

☐ di beneficiare dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18 o di rientrare nella definizione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013;

e di trovarsi almeno in una delle seguenti condizioni:

s) 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;
t) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
u) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala *Clinical Dementia Rating Scale* (CDRS)>=4;
v) 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;
w) 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*;
x) 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;
y) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
z) 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;*
aa) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche.

N.B.: nel caso in cui ricorra la condizione di cui alla lett. i) l'utente dovrà produrre certificazione specialistica di struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata che certifichi la condizione di dipendenza psico-fisica inerente alla patologia di cui è portatore, attestando quindi la condizione di "dipendenza vitale", secondo l'allegato 2 del DM 26/09/2016 "Altre persone in condizione di dipendenza vitale"

Allega la seguente documentazione:

4. Copia del verbale di indennità di accompagnamento rilasciato dall'INPS.**(Allegare la copia del verbale senza gli OMISSIS, ovvero la copia del verbale dove sono chiaramente specificate le patologie della persona disabile).**
5. Certificazione medica specialistica attestante una delle condizioni previste dalla lettera a) alla lettera i) sopra riportate.
6. Copia fotostatica del documento di riconoscimento **della persona che compila la domanda e della persona disabile.**

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 "C"

CERTIFICAZIONE MEDICA SPECIALISTICA
DELLA CONDIZIONE DI "DISABILITA' GRAVISSIMA"
(art. 3 del D.M. 26/09/2016)

Il/La sottoscritto/a Dr./ Dr.ssa _____

in servizio presso[1] _____

CERTIFICA CHE

Il/La Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. ___ CAP _____

E' AFFETTO/A DA PATOLOGIA TALE DA RIENTRARE IN ALMENO UNA[2] DELLE SEGUENTI CONDIZIONI:

a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala *Glasgow Coma Scale* (GCS)<=10 (PUNTEGGIO RISCONTRATO:_____);

b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);

c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala *Clinical Dementia Rating Scale* (CDRS)>=4 (PUNTEGGIO RISCONTRATO:_____);

d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala *ASIA Impairment Scale* (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;

e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala *Medical Research Council* (MRC), o con punteggio alla *Expanded Disability Status Scale* (EDSS) ≥ 9 - PUNTEGGIO RISCONTRATO:_____ - o in stadio 5 di *Hoehn* e *Yahr mod.*;

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

g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;

[1] Indicare dove lo specialista opera: struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata.
[2] Possono essere indicate anche più condizioni.

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

i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale (vedi allegato 2, DM 26/09/2016) che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

N.B. Lo specialista deve <u>sempre</u> barrare la voce che ricorre ed indicare, laddove richiesto, il punteggio della scala funzionale accertato.

Data_____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO SPECIALISTA

_____

Allegato “D”

Al Signor Sindaco del Comune di

_____

_____

_____

Al Sig./Sig.ra

_____

_____

_____

La Commissione sanitaria provinciale dell’Area Vasta n. ____ dopo aver verificato la congruità della documentazione prodotta ai fini del riconoscimento della condizione di “disabilità gravissima”, tenuto conto di quanto disposto dal D.M. del 26/09/2016, riconosce:

il/la Sig./Sig.ra _____ _____
COGNOME NOME

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. ___ CAP _____

soggetto in condizione di “disabilità gravissima”: **SI** **NO**

rientrante nella categoria prevista alla lett. _____ dell’art. 3 c. 2 del D.M. 26/09/2016.

motivazione del diniego: _____

_____

_____

_____

LA COMMISSIONE

Presidente

_____ _____

Componente

_____ _____

Componente

_____ _____

Operatore sociale

_____ _____

Segretaria

_____ _____

Data _____
(seduta)

N.B. Qualora la Commissione <u>attesti il riconoscimento della "disabilità gravissima"</u> - il disabile, la sua famiglia (o altro soggetto deputato alla tutela) prendono contatto con il proprio Comune di residenza per i successivi adempimenti.

ALLEGATO "E"

Al Signor Sindaco del Comune di

_____

_____

_____

DOMANDA DI CONCESSIONE DI CONTRIBUTO PER L'INTERVENTO A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI "DISABILITA' GRAVISSIMA" - ANNO _____
(D.M. 26/09/2016 - DGR 1120/2017)

Il/La sottoscritto/a _____ _____
COGNOME NOME

residente a _____ Via _____ n. ___ CAP _____

Codice fiscale _____

Tel. _____Cell. _____email_____

in qualità di:

☐ persona disabile in situazione di "disabilità gravissima"

☐ genitore

☐ familiare

☐ esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno

per conto di:

nome e cognome_____

nato a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. ___ CAP _____

Codice fiscale _____

CHIEDE

alla Regione Marche, per il tramite del Comune di residenza, il contributo per l'assistenza a favore di persone in condizione di "disabilità gravissima" fornita da:

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

a tal fine DICHIARA

1. la persona disabile in condizione di "disabilità gravissima"

☐ è inserito nel percorso di istruzione/formazione scolastica

☐ è inserito in un Centro Socio Educativo Riabilitativo Diurno di cui all'art. 13 della L.R. 18/96 o in un Centro di Riabilitazione pubblico o privato accreditato ai sensi della L.R. 21/2016 sulla base di un piano educativo individualizzato predisposto dalla competente UMEA.

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.

3. che le coordinate del conto corrente bancario/postale sono le seguenti:

Conto corrente postale

Conto corrente bancario

presso ……..… Agenzia/filiale di…….

intestato a……..……

Codice IBAN:

Data _____

Firma

_____

Si allega copia fotostatica del documento di riconoscimento.

_____

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).

L' Addetto alla ricezione Ass. Soc.
ovvero altro referente dell'Ente locale _____

Allegato “F”
Riparto acconto 2017

ATS	Indirizzo Sede Legale	Codice Fiscale Partita IVA	Contributo da impegnare e liquidare	capitoli
AMBITO 1- Pesaro	Piazza del Popolo 1 - 61100 Pesaro	00272430414	€ 33.682,92	capitolo 2120210042 € 426.129,59
AMBITO 4 - Urbino	Via Puccinotti 3 - 61029 Urbino	82004510416 00654690411	€ 11.859,28	
AMBITO 6 - Fano	Via S.Francesco d'Assisi 76 - 61032 Fano	00127440410	€ 27.379,92	
AMBITO 7 - Fossombrone	Corso Garibaldi 8 61034 Fossombrone	00223590415	€ 9.891,36	
AMBITO 8 - Senigallia	Piazza Roma 8 - 60019 Senigallia	00332510429	€ 36.881,91	
AMBITO 11- Ancona	Piazza XXIV Maggio - 60100 Ancona	00351040423	€ 41.604,81	
AMBITO 12 - Falconara Marittima	P.zza Municipio, 1 - 60015 Falconara Marittima	00343140422	€ 32.343,24	
AMBITO 13 - Osimo	Piazza del Comune 1 - 60027 Osimo	00384350427	€ 22.217,17	
AMBITO 14 - Civitanova Marche	Piazza XX Settembre 93 -62012 Civitanova Marche	00262470438	€ 34.216,51	
AMBITO 15 - Macerata	Viale Trieste 24 -62100 Macerata	80001650433	€ 36.375,25	
AMBITO 19 - Fermo	Via Mazzini 4 - 63023 Fermo	00334990447	€ 40.775,73	
AMBITO 20 - Porto Sant'Elpidio	Via Umberto I 485 - 63018 Porto Sant'Elpidio	81003650447	€ 15.670,60	
AMBITO 21 - San Benedetto del Tronto	Viale De Gasperi 124 - 63039 S. Benedetto Del Tronto	00360140446	€ 40.381,95	
AMBITO 22 - Ascoli Piceno	Piazza Arringo 1 - 63100 Ascoli Piceno	00229010442	€ 42.848,94	

ATS	Indirizzo Sede Legale	Codice Fiscale Partita IVA	Contributo da impegnare e liquidare	capitoli
AMBITO 3 - Unione Montana del Catria e Nerone	Via Alessandri 19 - 61043 Cagli	02565260417	€ 5.943,36	capitolo 2120210043 € 81.012,81
AMBITO 5 - Unione Montana del Montefeltro	Via Amaducci 34 - 61021 Carpegna	02566100414	€ 5.387,63	
AMBITO 10 - Unione Montana dell'Esino Frasassi	Via Dante n. 268 – 60044 Fabriano (AN)	C.F. 81002870426 - P.I. 00872030424	€ 15.314,28	
AMBITO 16 - Unione Montana dei Monti Azzurri	Via Piave 8 - 62026 San Ginesio	01874180431	€ 18.355,24	
AMBITO 17 - Unione Montana Alte Valli del Potenza e dell'Esino	Viale Mazzini 29 - 62027 S. Severino Marche	01874330432	€ 15.391,22	
AMBITO 18 -Unione Montana Marca di Camerino	Via Venanzio Varano 2 - 62032 Camerino	01874730433	€ 3.349,86	
AMBITO 23 - Unione dei comuni Vallata del Tronto	Via Carrafo 22 - 63031 Castel Di Lama	01831380447	€ 12.624,59	
AMBITO 24 - Unione Montana dei Sibillini	Piazza IV Novembre 2 - 63044 Comunanza (AP)	02228180440	€ 4.646,63	
AMBITO 9 - ASP Jesi	Via Gramsci, 95 - 60035 Jesi	92024900422 02546320421	€ 28.857,60	capitolo 2120210044
Totale complessivo			**€ 536.000,00**	