



## DETERMINAZIONE N. 55 DEL 03/03/2023

**OGGETTO: DGR N. 1790/2022, DGR N. 128/2023, DDS N. 13/2023 E DDS N. 17/2023 - INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA DI CUI ALL'ART. 3 DEL D.M. 26/09/2016 - APPROVAZIONE BANDO E MODULISTICA PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI CONTRIBUTO - ANNO 2022**

### IL DIRETTORE

#### PREMESSO CHE:

- con la Legge 5 febbraio 1992, n. 104 veniva approvata la legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone affette da disabilità;
- con la Legge 21 maggio 1998, n. 162 sono state recepite le modifiche alla legge 5 febbraio 1992, n. 104, concernenti misure di sostegno in favore di persone con disabilità grave;
- con la Legge 8 novembre 2000 n. 328 è stata approvata la legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;
- con L.R. 32/2014 "Sistema regionale integrato dei servizi sociali a tutela della persona e della famiglia" la Regione Marche ha istituito il "Fondo per gli anziani non autosufficienti" per rafforzare gli interventi socio assistenziali volti a garantire l'autonomia e la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente e per offrire un adeguato sostegno alle loro famiglie, integrando le risorse nazionali del Fondo nazionale per la non autosufficienza.;
- con la DGRM n. 328 del 20/04/2015 sono stati recepiti i criteri di riparto e le modalità di utilizzo del Fondo per gli anziani non autosufficienti;
- con il Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e il Ministro per gli affari regionali e le autonomie con delega in materia di politiche per la famiglia, del 26 settembre 2016, si approva il riparto delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le non autosufficienze e, all'art. 3, si definiscono criteri di riconoscimento della "Disabilità Gravissima";
- con DGRM n. 1661 del 12/12/2022 viene richiesto il parere al Consiglio delle Autonomie Locali sullo schema di deliberazione concernente: "L.R. 32/2014 - Fondo Regionale per le non autosufficienze - Criteri di riparto delle risorse tra gli Ambiti Territoriali Sociali e modalità di utilizzo del Fondo regionale per le non autosufficienze – annualità 2022. Interventi a favore delle persone anziane non autosufficienti e delle persone con disabilità gravissima";
- la Regione Marche procede annualmente con l'approvazione dei criteri di riparto delle risorse tra gli Ambiti Territoriali Sociali e delle modalità di utilizzo del Fondo regionale e nazionale per la non autosufficienza relative agli interventi "Anziani non autosufficienti" e "Disabilità gravissima",

VISTI:

- la DGRM n. 1790 del 27/12/2022 con cui sono stati approvati i criteri di riparto e le modalità di utilizzo del Fondo regionale per le non autosufficienze a favore dell'intervento "Anziani non autosufficienti" e a favore dell'intervento "Disabilità gravissima" - annualità 2022;
- la DGRM n. 128 del 14/02/2023 con cui si riconfermano i criteri di riparto delle risorse tra gli Ambiti Territoriali Sociali e i criteri relativi ai due interventi sopracitati e approvati con DGRM 1790/2022 e si stabilisce che le risorse, relative agli interventi "Anziani non autosufficienti" e "Disabilità gravissima" annualità 2022 di cui alla DGR 1790/2022, sono a valere sui fondi del Programma Operativo Complementare - POC Marche 2014/2020 in luogo del Fondo regionale per la non autosufficienza;
- il DDS n. 13 del 22/02/2023 con cui si approva l'avviso pubblico (Allegato A) relativamente alle modalità e tempi per la presentazione delle domande di contributo per l'intervento "Disabilità gravissima" di cui alle DGR n. 1790/2022 e n. 128/2023 e la relativa modulistica di cui agli allegati "B", "B1", "C", "D" ed "E";
- Il DDS n. 17 del 23/02/2023 di modifica del DDS 13/2023 e di sostituzione degli allegati "A", "B", "B1" e "D" approvati con precedente decreto;

VISTO l' Allegato A "Avviso pubblico" al DDS 17/2023 in cui si stabiliscono criteri e tempistiche di acquisizione delle domande e di trasmissione delle stesse alla Regione Marche;

VISTI gli allegati approvati con DDS 13/2023 e quelli sostituiti con DDS 17/2023;

CONSIDERATO che nel caso in cui il disabile, già in possesso del certificato di disabilità gravissima, sia deceduto nel corso del 2022, sarà possibile presentare domanda di contributo per il periodo precedente il decesso;

DATO ATTO che si rende pertanto necessario integrare la modulistica di presentazione domanda di contributo con gli Allegati alla presente determinazione, predisposti dalla scrivente ASP AMBITO 9, denominati "F", "G" e "H" al fine di reperire le informazioni necessarie alla liquidazione degli importi spettanti agli eredi/familiari dei beneficiari deceduti nel corso del 2022;

DATO ATTO che con DGRM 1790/2022 e DGRM 128/2023 sono stati assegnati i fondi regionali per le non autosufficienze annualità 2022 all' ASP AMBITO 9 pari ad €191.573,00;

RITENUTO di dover recepire le indicazioni pervenute dalla Regione Marche e di approvare entro i termini stabiliti dai DDS 13/2023 e 17/2023:

- l'AVVISO, di cui all'**Allegato 1** alla presente Determinazione, contenente tempi e modalità per la presentazione delle domande di contributo;
- i modelli necessari per presentare domanda per l'accesso al contributo economico, di cui all'**Allegato 2** alla presente determinazione (denominati: Allegati "B", "B1", "C", "D", "E", "F", "G" e "H");

TENUTO CONTO CHE il bando e i moduli per la domanda sono stati predisposti sulla base dei requisiti, termini e modalità previsti dalla DGRM 1790/2022 e 128/2023, nonché sulla base dei DDS 13/2023 e 17/2023;

INDIVIDUATO il Responsabile Unico del Procedimento nella Dott.ssa Nora Bianchi, Responsabile della U.O. C. Disabilità;

RICHIAMATI:

- l'art.28 dello Statuto dell'ASP AMBITO 9;
- il Regolamento dell'ASP AMBITO 9 in materia di Organizzazione e Contabilità approvato con delibera del C.D.A n. 60 del 14/12/2017 e aggiornato con delibera – CDA n.55 del 21/09/2021;
- la delibera dell'Assemblea dei Soci n. 5 del 17/11/2022 ad oggetto “Approvazione del Bilancio Preventivo Economico 2023, del Bilancio Pluriennale di Previsione 2023-2025 e del Piano Programmatico Pluriennale 2023-2025”;
- il D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 e succ. mod. recante il Codice in materia di protezione dei dati personali e gli art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione dei dati;

DATO ATTO del parere allegato;

### DETERMINA

- che la premessa è parte integrante e sostanziale della presente determinazione;
- di approvare entro i termini stabiliti dal DDS 17/2023 il bando e la modulistica necessaria per presentare domanda, di cui agli **Allegati 1 e 2** alla presente Determinazione, di cui formano parte integrante e sostanziale, contenenti tempi e modalità per la presentazione delle domande di contributo;
- di prendere atto che i fondi regionali per le non autosufficienze annualità 2022 assegnati all'ASP AMBITO 9 sono pari ad €191.573,00;
- di trasmettere il presente atto e i suoi allegati ai Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale IX per gli adempimenti conseguenti.

Il Direttore  
Franco Pesaresi  
(Atto sottoscritto digitalmente)



## VISTO DEL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Il/La sottoscritto/a Bianchi Nora in qualità di responsabile della .U.O. DISABILITA'

### ATTESTA

Parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero proposta 70 e oggetto:  
DGR N. 1790/2022, DGR N. 128/2023, DDS N. 13/2023 E DDS N. 17/2023 - INTERVENTI  
A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA DI CUI ALL'ART.  
3 DEL D.M. 26/09/2016 - APPROVAZIONE BANDO E MODULISTICA PER LA  
PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI CONTRIBUTO - ANNO 2022

Data 03/03/2023

Responsabile U.O. DISABILITA'  
Bianchi Nora

(atto sottoscritto digitalmente)

# AVVISO

## CONTRIBUTI PER GLI INTERVENTI A FAVORE DEGLI UTENTI IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA ANNO 2022

### IL DIRETTORE RENDE NOTO

che in base alla Delibera di Giunta Regionale n.1790 del 27.12.2022 e n. 128 del 14.02.2023 è possibile fare domanda per “**IL CONTRIBUTO PER GLI INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONI DI DISABILITÀ GRAVISSIMA**” - ANNO 2022”.

#### REQUISITI PER L'ACCESSO AL CONTRIBUTO:

- ✓ Verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 18 dell'11/02/1980;
- ✓ Certificazione medica specialistica di struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata, redatta secondo il modello regionale (ALLEGATO “C”) 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 e riportate nel Decreto del Dirigente regionale n. 17 del 23 Febbraio 2023 (ALLEGATO “A”):
  - 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) $\leq 10$ ;
  - 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) $\geq 4$ ;
  - d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala *ASIA Impairment Scale* (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
  - e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo  $\leq 1$  ai 4 arti alla scala *Medical Research Council* (MRC), o con punteggio alla *Expanded Disability Status Scale* (EDSS)  $\geq 9$ , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;
  - f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;
  - g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
  - h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con  $QI \leq 34$  e con punteggio sulla scala *Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation* (LAPMER)  $\leq 8$ ;
  - 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".

Nel caso in cui il disabile, riconosciuto in condizione di "disabilità gravissima", sia inserito nel percorso di istruzione/formazione o in un centro socio-educativo riabilitativo diurno - CSER di cui all'articolo 13 della L.R. 18/1996 oppure in un centro di riabilitazione pubblico o privato accreditato ai sensi della L.R. 21/2016 si procede all'assegnazione di un contributo ridotto della metà.

Nel caso in cui la frequenza del Centro Diurno (CSER) sia stata sospesa per cause riconducibili a disposizioni regionali e nazionali il contributo sarà riconosciuto interamente.

Nel caso in cui l'alunno con disabilità gravissima sia impossibilitato a frequentare la scuola e sostituisca la programmazione delle attività didattiche online il contributo sarà riconosciuto interamente a fronte della presentazione di un certificato medico (MMG) che giustifichi la domiciliazione del percorso scolastico.

Nel caso in cui il disabile sia stato ricoverato in struttura ospedaliera per un periodo di tempo superiore ai 30 gg. il contributo sarà sospeso per i giorni di ricovero successivi al trentesimo giorno.

Nel caso in cui il disabile sia deceduto prima di essere valutato in condizione di disabilità gravissima ai fini dell'ottenimento del contributo per il periodo precedente al decesso, dovrà produrre certificato medico da cui si evinca lo stato di disabilità gravissima nel periodo precedente al decesso.

Per coloro che risulteranno beneficiari dell'assegno di cura rivolto agli anziani non autosufficienti decadrà la possibilità di usufruire del contributo disabilità gravissima.

Per ognuno dei beneficiari occorre realizzare il **LEPS di processo** (*livelli essenziali di prestazioni sociali*) ai sensi del comma 163, articolo 1, Legge 234/2021. Pertanto ci deve essere una **presa in carico**, la **valutazione multidimensionale (UVM)**, la **definizione del piano personalizzato (PAI)**. **Sarà possibile procedere con l'erogazione del contributo economico al beneficiario dell'intervento solamente se questo è previsto nel PAI.**

SONO **ESCLUSI** dal **contributo regionale** le persone ospiti di strutture residenziali.

**L'INTERVENTO È ALTERNATIVO:**

- a) al progetto **"Vita Indipendente"**;
- b) 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-SLA"**;
- c) all'intervento a favore di **minori affetti da malattie rare** di cui alla DGR n. 475/2019;
- d) alla misura di **"Assegno di cura"** rivolto agli anziani non autosufficienti.

## PER IL RICONOSCIMENTO DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA di cui all'art. 3 c. 2 del D.M. 26/0912016:

È NECESSARIO presentare domanda entro il **21 APRILE 2023** tramite spedizione con raccomandata con ricevuta di ritorno o tramite PEC (vedasi indirizzi sotto indicati) alle Commissioni sanitarie provinciali territorialmente competenti, operanti presso le AST – Aziende Sanitarie Territoriali n. 1-2-3-4-5 (ex ASUR Marche), utilizzando il modello di domanda di cui all'**ALLEGATO "B"** o all'**ALLEGATO "B1"**:

- **A.S.T. 1 - PESARO** Segreteria Commissione Sanitaria Provinciale:  
U.O. Medicina Legale Via Nitti,30 - 61100 PESARO  
PEC: [ast.pesarourbino@emarche.it](mailto:ast.pesarourbino@emarche.it)
- **A.S.T. 2 - ANCONA** Segreteria Commissione Sanitaria Provinciale:  
c/o sede di Osimo - Piazza del Comune, 4 - 60027 OSIMO (AN)  
PEC: [ast.ancona@emarche.it](mailto:ast.ancona@emarche.it)
- **A.S.T. 3 - MACERATA** Segreteria Commissione Sanitaria Provinciale:  
Via Annibaldi 31/L - 62100 PIEDIRIPA DI MACERATA (MC)  
PEC: [ast.macerata@emarche.it](mailto:ast.macerata@emarche.it)
- **A.S.T. 4 - FERMO** Segreteria Commissione Sanitaria Provinciale  
Via Zeppilli n. 18 - 63900 FERMO  
PEC: [ast.fermo@emarche.it](mailto:ast.fermo@emarche.it)
- **A.S.T. 5 - ASCOLI PICENO** Segreteria Commissione Sanitaria Provinciale  
Via degli Iris - 63100 ASCOLI PICENO  
PEC: [ast.ascolipiceno@emarche.it](mailto:ast.ascolipiceno@emarche.it)

Il **MODELLO DI DOMANDA (ALLEGATO "B" o "B1")** è a disposizione presso gli uffici AST Ancona (ex ASUR MARCHE), UMEA, dell'ASP AMBITO 9 (Via Gramsci n. 95 — Via Crivelli n. 1 - Jesi), degli Uffici dei Comuni facenti parte dell'Ambito Territoriale Sociale IX e nel sito: [www.aspambitonove.it](http://www.aspambitonove.it)

La domanda deve essere corredata da:

- ✓ **copia fotostatica del documento di riconoscimento** della persona disabile unitamente a quello della persona che compila la domanda (in caso di domanda compilata da terzi);
- ✓ dal **verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento** di cui alla Legge 11 febbraio 1980, n. 18 o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159/2013 (rilasciato dall'INPS);
- ✓ dalla **certificazione medica specialistica** di struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata, redattasecondo il modello di cui all'**ALLEGATO "C"**,

**NON DEVONO FARE DOMANDA ALLA COMMISSIONE COLORO CHE ALLA DATA DEL 21/04/2023 POSSIEDONO GIÀ LA CERTIFICAZIONE ATTESTANTE LA CONDIZIONE DI "DISABILITÀ GRAVISSIMA".**

**SARANNO ESCLUSE LE DOMANDE CHE PERVERANNO ALLE COMMISSIONI SANITARIE PROVINCIALI OLTRE IL SUDDETTO TERMINE (fa fede il timbro postale/protocollo PEC) 0 CHE RISULTERANNO INCOMPLETE DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA OVVERO PRIVE DEL VERBALE DI RICONOSCIMENTO DELL'INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO E/O DELLA CERTIFICAZIONE MEDICA SPECIALISTICA DI STRUTTURA PUBBLICA O PRIVATA CONVENZIONATA E/O ACCREDITATA (ALLEGATO "C).**

### MODALITÀ DI ACCESSO AL CONTRIBUTO

Per accedere al contributo è necessario PRESENTARE DOMANDA ENTRO E NON OLTRE **VENERDÌ 05 GIUGNO 2023** utilizzando l'apposito modulo di cui all'**ALLEGATO "E"** corredato dalla copia fotostatica del documento di riconoscimento. La domanda potrà essere consegnata:

- a mano;***
- tramite raccomandata con ricevuta di ritorno (la raccomandata dovrà necessariamente pervenire entro e non oltre il 05/06/2023, non fa fede, in questo caso, il timbro postale);***
- tramite PEC (fa fede il protocollo PEC);***

nei rispettivi Comuni di Residenza dell'Ambito Territoriale Sociale IX e, **per i SOLI residenti nel Comune di Jesi**, presso gli Uffici dell'U.O. C. Disabilità ASP AMBITO 9 (Casa di Riposo sita in Via Gramsci n. 95 o presso l'Ex Ostello Villa Borgognoni sito in Via Crivelli, 1 a Jesi).

L'Ente non si assume responsabilità in caso di smarrimento delle domande dovute ad inesatte indicazioni del destinatario del plico o a disguidi imputabili a fattori terzi.

**SARANNO ESCLUSE LE DOMANDE CHE PERVERANNO OLTRE IL SUDDETTO TERMINE.**

Nel caso in cui il disabile, già in possesso del certificato di disabilità gravissima, sia deceduto nel corso del 2022, sarà possibile presentare domanda di contributo per il periodo precedente il decesso allegando, unitamente all'ALLEGATO "E", la modulistica prevista per gli eredi legittimi (ALLEGATO "F" atto di notorietà ad uso successione, da compilare obbligatoriamente per tutti, e ALLEGATO "G" o "H" a seconda che sia o meno previsto il testamento).

Tutta la documentazione è disponibile nella Home Page del sito istituzionale dell'ASP AMBITO 9 [www.aspambitonove.it](http://www.aspambitonove.it) e presso gli Uffici dell'ASP AMBITO 9 e negli Uffici di Promozione Sociale (UPS) dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale IX.

Per eventuali informazioni contattare gli Uffici di Promozione Sociale (Assistente Sociale del proprio Comune di Residenza dell'Ambito Territoriale Sociale IX) o l'ASP AMBITO 9 (Via Gramsci n. 95 — i Crivelli n. 1 - Jesi Tel. 0731/236994).

Jesi, lì \_\_\_\_\_

Il Direttore Dell'ASP AMBITO 9  
F.to Dott. Franco Pesaresi



MODELLO DI DOMANDA REDATTA DALLA PERSONA DISABILE

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

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

AST N. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

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

La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso alla valutazione per il rilascio della certificazione attestante la condizione di "disabilità gravissima" di cui al D.M. 26/09/2016 ai fini della concessione del contributo "Disabilità gravissima" di cui alla DGR n. 1790/2022 e DGR n.128/2023.

A tal fine **dichiara:**

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

e di trovarsi almeno in una delle seguenti condizioni:

- a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala *Glasgow Coma Scale* (GCS)  $\leq 10$ ;
- 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)  $\geq 4$ ;
- d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala *ASIA Impairment Scale* (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;

- e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo  $\leq 1$  ai 4 arti alla scala *Medical Research Council* (MRC), o con punteggio alla *Expanded Disability Status Scale* (EDSS)  $\geq 9$ , o in stadio 5 di *Hoehn e Yahr mod*;
- f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;
- g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con  $QI \leq 34$  e con punteggio sulla scala *Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation* (LAPMER)  $\leq 8$ ;
- i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche.

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

Allega la seguente documentazione:

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

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

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

MODELLO DI DOMANDA REDATTA DA TERZI

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

**SPETT.LE COMMISSIONE SANITARIA PROVINCIALE**  
**c/o SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE**  
**AST N.** \_\_\_\_\_  
**Via** \_\_\_\_\_  
**Città** \_\_\_\_\_

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

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 n. 1790/2022 e DGR n.128/2023.

A tal fine **dichiara:**

COPIA CARTACEA DI ORIGINALE DIGITALE. Riproduzione cartacea ai sensi del D.Lgs. n. 81/2005 e successivamente modificazioni all'originale digitale.

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

e di trovarsi almeno in una delle seguenti condizioni:

- a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala *Glasgow Coma Scale* (GCS)  $\leq 10$ ;
- 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)  $\geq 4$ ;
- d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala *ASIA Impairment Scale* (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
- e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo  $\leq 1$  ai 4 arti alla scala *Medical Research Council* (MRC), o con punteggio alla *Expanded Disability Status Scale* (EDSS)  $\geq 9$ , o in stadio 5 di *Hoehn e Yahr mod*;
- f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;
- g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con  $QI \leq 34$  e con punteggio sulla scala *Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation* (LAPMER)  $\leq 8$ ;
- i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche.

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

Allega la seguente documentazione:

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

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

-----  
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).

**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<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

**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<sup>2</sup> 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)  $\leq 10$  (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)  $\geq 4$  (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  $\leq 1$  ai 4 arti alla scala *Medical Research Council* (MRC), o con punteggio alla *Expanded Disability Status Scale* (EDSS)  $\geq 9$  - 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;

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

<sup>2</sup> Possono essere indicate anche più condizioni.

h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con  $QI \leq 34$  (PUNTEGGIO RISCONTRATO: \_\_\_\_\_) e con punteggio sulla scala *Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation* (LAPMER)  $\leq 8$  (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 sempre barrare la voce che ricorre ed indicare, laddove richiesto, il punteggio della scala funzionale accertato.**

Data \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO SPECIALISTA

\_\_\_\_\_

Al Signor Sindaco del Comune di

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Al Sig./Sig.ra

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La Commissione sanitaria provinciale dell'Azienda Sanitaria Territoriale 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:

La Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
COGNOME NOME

Dato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**(compilare tutti i campi incluso in particolare i contatti)**

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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





Al Signor Sindaco del Comune di

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DOMANDA DI CONCESSIONE DI CONTRIBUTO PER L'INTERVENTO A FAVORE DI PERSONE IN  
CONDIZIONE DI "DISABILITA' GRAVISSIMA" - ANNO \_\_\_\_\_  
(D.M. 26/09/2016 – DGR n. 1790/2022 e DGR n.128/2023)**

COPIA CARTACEA DI ORIGINALE DIGITALE. Riproduzione consentita ai sensi del D.Lgs. n. 82/2005 e successive modificazioni. Di originale digitale.

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**



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 \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**PER USO SUCCESSIONE**  
 (Art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n.445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 con residenza anagrafica nel Comune di \_\_\_\_\_  
 e con abitazione nel Comune di \_\_\_\_\_ Via  
 \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, a  
 conoscenza delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito  
 dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445,

**DICHIARA**

- che in data \_\_\_\_\_ moriva \_\_\_\_\_  
 nat\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 di professione \_\_\_\_\_  
 senza lasciare disposizione testamentaria  
 sulla base di disposizione testamentaria (*testamento pubblicato per atto del notaio*  
*Dott. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_*  
*repertorio n. \_\_\_\_\_ a*  
 \_\_\_\_\_)

- che gli unici eredi sono quelli legittimi risultanti dal seguente prospetto:

Num. D'ord.	COGNOME E NOME	Luogo e data di nascita	Residenza	Grado di parentela con il de cuius


- che tra i coniugi suddetti non è mai intervenuta sentenza di separazione e all'atto del decesso convivevano sotto lo stesso tetto;
- che non vi sono altri eredi oltre ai suddetti.

---

---

---

---

---

*Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato/a in presenza del dipendente addetto; nel caso in cui la dichiarazione sia già firmata, occorrerà allegare alla domanda la fotocopia non autenticata del documento di riconoscimento del dichiarante.*

*Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 i dati sopra riportati verranno utilizzati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

Letto, confermato e sottoscritto.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

IL/LA DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

Art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445

**(ai fini della liquidazione contributo disabilità gravissima - annualità 2022 in presenza di testamento)**

Il sottoscritto (nome/cognome) \_\_\_\_\_ nato/a  
 a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_,

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

Che gli **eredi testamentari** di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ deceduto/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ sono:

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA	RESIDENZA

COPIA CARTACEA DI ORIGINALE DIGITALE.

Riproduzione cartacea ai sensi del D.Lgs. 82/2005 e successive modificazioni, di originale digitale.

✓ Il testamento è stato pubblicato per atto del notaio  
Dott. \_\_\_\_\_ in data  
\_\_\_\_\_ repertorio n. \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_.

✓ che eccetto i sunnominati il/la suddetto/a defunto/a non ha individuato altri aventi diritto alla successione e tra di loro non vi sono inabilitati o interdetti.

✓ che tutti gli eredi sono maggiorenni;

✓ che al di fuori degli eredi citati non ve ne sono altri che possano vantare diritti di riserva o di legittimità sull'eredità;

✓ che l'erede/i citato/i acconsente/ono a che ogni importo a titolo di liquidazione del contributo della  
disabilità gravissima spettanti per l'anno 2022 alla defunto/a  
Sig./Sig.ra....., potranno essere versati dall'ASP AMBITO  
9 sul conto corrente n..... intestato a  
..... presso l'Istituto di  
credito..... con codice IBAN  
.....

Dichiara di essere informato, ai sensi e per li effetti di cui al D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 e succ. mod.  
recante il Codice in materia di protezione dei dati personali e gli art. 13 e 14 del Regolamento UE  
2016/679, che le informazioni raccolte saranno trattate, anche con strumenti informatici,  
esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

tutto confermato e sottoscritto.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

Ai sensi dell'art. 38, comma 3 del D.P.R. 445/2000, **la firma non va autenticata.**

✓ **Allegano fotocopia non autenticata dei seguenti documenti d'identità:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allegato "H"

AII'ASP AMBITO 9  
VIA GRAMSCI N.95  
60035 JESI (AN)

**OGGETTO: Richiesta liquidazione contributo disabilità gravissima-anno 2022 (in caso di decesso del beneficiario e in assenza di testamento)**

Il/i sottoscritto/i (*SPECIFICARE QUANTO DI SEGUITO RICHIESTO RELATIVAMENTE A TUTTI GLI EREDI, COME RIPORTATO NELL'ATTO NOTORIO*)

NOME	COGNOME	DATA E LUOGO DI NASCITA

COPIA CARTACEA DI ORIGINALE DIGITALE.

Riproduzione cartacea ai sensi del D.Lgs.82/2005 e successive modificazioni, di originale digitale.

Come da "**Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà per uso successione**" allegata alla presente, in qualità di erede/i legittimo/i del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente nel Comune di \_\_\_\_\_ e deceduto/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_



