

AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI CONTRIBUTO ANNO 2023.

INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIME di cui all'art. 3 del D.M. 26/09/2016.
(Delibera di Giunta Regionale n. 592/2024 e D.D.S. n. 42/2024)

L'Unione Montana del Catria e Nerone, ente capofila dell'Ambito Territoriale Sociale n.3, in esecuzione della deliberazione della Giunta Regionale 592/2024 e del Decreto del Dirigente Regionale del Settore Contrasto al Disagio n. 42/2024, rende note le procedure amministrative da porre in essere ai fini del conseguimento del contributo regionale per l'anno 2023 per interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissime di cui all'art. 3 del D.M. 26/09/2016.

Ai sensi di quanto stabilito dal Decreto Ministeriale del 26.09.2016, la Regione Marche concede contributi per gli interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima per le quali la Commissione Sanitaria Provinciale competente abbia proceduto alla valutazione delle condizioni di disabilità gravissima di cui all'art. 3 c. 3 del D.M.26.09.2016 attraverso le scale riportate negli Allegati 1 e 2 del medesimo Decreto Ministeriale.

1.REQUISITI DI ACCESSO

- **Verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento** di cui alla legge 18/1980 o altra documentazione che comprovi la non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159/2013 (rilasciato dall'INPS);

- **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 di seguito riportate:

- 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 $QI \leq 34$ 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".

2. MOTIVI DI ESCLUSIONE E ALTERNATIVITÀ DEL CONTRIBUTO

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

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

L'intervento è alternativo a:

- Intervento "Vita Indipendente" finanziato con FNA;
- alla misura "Assegno di cura" rivolto agli anziani non autosufficienti, finanziato con FNA;
- Progetto "Vita Indipendente" di cui alla L.R. 21/2018;
- all'intervento "Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare – caregiver che assiste persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica – SLA";
- all'intervento "Riconoscimento e valorizzazione del lavoro di cura del familiare-caregiver che assiste un familiare di età compresa tra 0 e 25 anni affetto da una malattia rara di cui all'allegato 7 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 e che necessita di ventilazione e/o nutrizione artificiale";

ATTENZIONE

- PER COLORO CHE DEVONO PRESENTARE DOMANDA ALLA COMMISSIONE SANITARIA SI RIMANDA AL PUNTO **3.A**
- COLORO GIÀ IN POSSESSO DELLA CERTIFICAZIONE ATTESTANTE LA CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA, DI CUI all'art. 3 c.2 del D.M. 26.09.2016 PROCEDERANNO UNICAMENTE CON LA PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA DI CONTRIBUTO, SI RIMANDA AL PUNTO **3.B**

3. PROCEDURE

- **3.A** **COLORO CHE NON SONO ANCORA IN POSSESSO DELLA CERTIFICAZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA**

SINTESI modelli da utilizzare e allegati.

Allegato B o B1 + allegato C + verbale indennità accompagnamento + documenti di identità

Possono presentare richiesta di riconoscimento della condizione di "Disabilità gravissima":

- La persona disabile (**utilizzare Allegato B**)
- Genitore/familiare/tutore/amministratore di sostegno della persona disabile (**utilizzare Allegato B1**)

LA DOMANDA PER IL RICONOSCIMENTO DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA, compilata secondo i modelli di domanda (Allegato B o B1) VA INVIATA ALL'AST 1 PESARO URBINO SECONDO LE SEGUENTI MODALITÀ:

- **Raccomandata A/R** all' A.S.T. PESARO-URBINO Segreteria Commissione Sanitaria Provinciale:
- U.O. Medicina Legale Via Nitti,30 - 61100 PESARO
- **Posta Elettronica Certificata (PEC):** ast.pesarourbino@emarche.it

Alla domanda andrà allegato:

- **verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento** di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18 o altra documentazione che comprovi la non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159/2013;
- **certificazione medica specialistica di struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata, redatta secondo il modello di cui all'allegato "C" al presente Avviso, 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 (vedi PUNTO 1 – REQUISITI DI ACCESSO del presente avviso.**
- copia fotostatica del **documento di riconoscimento della persona disabile** (Modello domanda Allegato B);
- copia fotostatica del **documento di riconoscimento della persona che compila la domanda** in caso di domanda compilata da terzi (Modello domanda Allegato B1) **unitamente a quello della persona disabile;**

Le domande dovranno pervenire perentoriamente alla Commissione Sanitaria entro e non oltre il termine del

10 LUGLIO 2024

FARÀ FEDE IL TIMBRO POSTALE/PROTOCOLLO PEC

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.

La Commissione sanitaria provinciale acquisita la suddetta documentazione, ne verifica 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. **Entro il 09 AGOSTO 2024** la Commissione sanitaria provinciale, provvede 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.

La persona con disabilità o il genitore o il familiare o l'esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno appena ricevuto il riconoscimento della condizione di disabilità gravissima da parte dalla Commissione sanitaria provinciale provvede immediatamente a prendere contatti con il proprio Comune di residenza per **redigere la richiesta di contributo utilizzando il modello allegato "E" ENTRO E NON OLTRE VENERDÌ 23 AGOSTO 2024, allegando la documentazione indicata del punto successivo (3.B SOGGETTI GIÀ RICONOSCIUTI).**

• **3.B SOGGETTI GIÀ RICONOSCIUTI**

SINTESI modelli da utilizzare e allegati.

Allegato E + verbale indennità accompagnamento + documenti di identità

I SOGGETTI IN POSSESSO DEL RICONOSCIMENTO DELLA DISABILITÀ GRAVISSIMA PROCEDERANNO UNICAMENTE CON LA PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA DI CONTRIBUTO ALL'ATS 3 utilizzando il modello allegato "E" ENTRO E NON OLTRE VENERDÌ 23 AGOSTO 2024.

ATTENZIONE la richiesta di contributo va presentata obbligatoriamente utilizzando l'Allegato E al presente Avviso, corredata della seguente documentazione:

- certificazione relativa al riconoscimento della condizione di disabilità gravissima (**Allegato D**) **solo per i NUOVI beneficiari** riconosciuti dalla Commissione Sanitaria dell'AV 1 alla data del 09 AGOSTO 2024;

- nel caso in cui il disabile gravissimo sia minorenne e risulti essere impossibilitato a frequentare la scuola e gestisca 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 deceduto prima di essere valutato in condizione di disabilità gravissima ai fini dell'ottenimento del contributo per il periodo precedente al decesso, dovrà essere prodotto certificato medico da cui si evinca lo stato di disabilità gravissima nel periodo precedente al decesso;
- copia fotostatica del documento di riconoscimento della persona disabile;
- copia fotostatica del documento di riconoscimento della persona che compila la domanda e della persona disabile.

SI EVIDENZIA CHE:

- 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) è stata sospesa per cause riconducibili a disposizioni regionali e nazionali il contributo sarà riconosciuto interamente;
- 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, già in possesso del certificato di disabilità gravissima, sia deceduto nel corso del 2023, 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 notorietà ad uso successione, da compilare obbligatoriamente per tutti, e ALLEGATO "G" o "H" a seconda che sia o meno previsto il testamento).

4. PRESENTAZIONE DOMANDA DI CONTRIBUTO

La richiesta di contributo va presentata **ENTRO E NON OLTRE VENERDÌ 23 AGOSTO 2024** con le seguenti modalità:

- consegna a mano presso gli uffici dell'Unione Montana del Catria e del Nerone, via Lapis n. 8 - 61043 Cagli (PU), previo appuntamento telefonico al numero 0721781088.
Farà fede il timbro di accettazione dell'ufficio protocollo;
- attraverso *Posta Elettronica Certificata (PEC)* dell'Unione Montana del Catria e Nerone di Cagli all'indirizzo cm.cagli@emarche.it
Farà fede la data di invio;
- tramite gli Sportelli dell'Ambito Territoriale Sociale 3 ubicati nei Comuni appartenenti all'ATS 3 secondo il seguente calendario:

	Giorno	Ora
Ambito Territoriale Sociale 3 Tel. 0721 781088	tutti i giorni dal lunedì al venerdì	dalle ore 09:00 alle ore 12:00
Comune di Acqualagna	il mercoledì	dalle ore 09:00 alle ore 12:00
Comune di Apecchio	il mercoledì	dalle ore 09:00 alle ore 12:00
Comune di Cantiano	il 1° martedì di ogni mese	dalle ore 09:00 alle ore 12:00
Comune di Frontone	il martedì	dalle 08:00 alle 10:45
Comune di Piobbico	il mercoledì	dalle ore 09:00 alle ore 12:00
Comune di Serra Sant'Abbondio	il martedì	dalle ore 11:00 alle 13:45



Le domande pervenute dopo il termine e con modalità diverse da quelle sopra indicate non verranno prese in considerazione. L'Ambito Territoriale Sociale n.3 non si assume responsabilità in caso di dispersione delle domande dovute ad inesatte indicazioni del destinatario del plico, a disguidi postali o imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

L'ATS 3 provvederà infine alla liquidazione agli aventi diritto a seguito della ripartizione del fondo da parte Regione Marche, come previsto dalla D. G. R. n. 592/2024 e D.D.S. n. 42/2024.

3. INFORMAZIONI E MODELLI DI DOMANDA

Per eventuali informazioni e/o chiarimenti, gli interessati potranno rivolgersi agli sportelli sociali dell'ATS 3 (vedi tabella sopra)

Tutta la modulistica (allegati "B", "B1", "C", "D", "E", "F", "G" e "H") è disponibile sul sito dell'Ambito Territoriale Sociale n.3 <https://sociale.catrianerone.pu.it/>, presso i siti internet dei comuni dell'ATS 3 e presso gli sportelli Servizi Sociali dell'ATS3 e dei comuni ad esso afferenti.

Cagli, lì 06/06/2024

LA RESPONSABILE DEL SERVIZIO
COORDINATRICE DELL'ATS 3
Dott.ssa Antonina Iannolo