



## COMUNE DI FOLIGNANO

Provincia di Ascoli Piceno

Via Roma 17 - 63084 Folignano (AP)

P. I. 00362290447 - C.F. 00362290447 - Tel. 0736-399701 Fax 0736- 492079

[www.comune.folignano.ap.it](http://www.comune.folignano.ap.it) Pec: [comune.folignano@emarche.it](mailto:comune.folignano@emarche.it)- E-mail: [info@comune.folignano.ap.it](mailto:info@comune.folignano.ap.it)

SETTORE I°

Anagrafe – Stato Civile – Leva – Elettorale – Servizi Cimiteriali – URP – Protocollo – Servizi Sociali

# INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA ANNUALITÀ 2025

DGR N. 727/2026 - DECRETO MINISTERIALE DEL 26/09/2016.

## IL RESPONSABILE DEL I° SETTORE

### Rende noto

che sono aperti i termini per la presentazione delle domande finalizzate all'ottenimento del contributo regionale relativo all'anno 2025 per gli interventi a favore delle persone con disabilità gravissima, di cui all'art. 3 del D.M. 26/09/2016, in attuazione della Deliberazione della Giunta Regionale n. 727 del 16/06/2026 e del Decreto del Dirigente del Settore Contrasto al Disagio n. 96 del 01/07/2026.

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 secondo i parametri prescritti all'art. 3, comma 2 del predetto 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 raccomandata con ricevuta di ritorno o a mezzo PEC, la domanda per il riconoscimento della condizione di disabilità gravissima **entro e non oltre il termine perentorio del 31 agosto 2026, pena l'esclusione**, alla Commissione sanitaria provinciale operante presso l'AST - Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli Piceno (vedasi indirizzo sotto indicato), utilizzando i modelli di domanda di cui agli allegati "B" o "B1" al Decreto dirigenziale regionale n. 96/2026.

• **A.S.T. ASCOLI PICENO** Segreteria Commissione Sanitaria Provinciale Via degli Iris - 63100 ASCOLI PICENO  
PEC: [ast.ascolipiceno@emarche.it](mailto:ast.ascolipiceno@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 altra documentazione che comprovi la non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159/2013 e **dalla certificazione medica specialistica** di struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata, redatta secondo il modello di cui all'allegato "C" al decreto dirigenziale regionale n. 96/2026, 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)  $\leq 10$ ;
- 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 D.M. 26/09/2016 "Altre persone in condizione di dipendenza vitale".

**Non devono ripresentare domanda di riconoscimento della disabilità gravissima alla Commissione sanitaria provinciale coloro che alla data del 31 agosto 2026 possiedono già la certificazione attestante la condizione di "disabilità gravissima".**

**Saranno escluse** le domande che verranno presentate alla Commissione sanitaria provinciale oltre il suddetto termine del 31 agosto 2026 (fa fede il timbro postale/protocollo PEC) 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 acquisisce la suddetta documentazione e 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.

Successivamente, la Commissione sanitaria provinciale provvede a trasmettere al diretto interessato e al Comune di residenza, utilizzando il modello "D" allegato al decreto dirigenziale regionale n. 96/2026, la certificazione relativa al riconoscimento della condizione di disabilità gravissima necessaria per la richiesta del contributo regionale.

Inoltre, la suddetta Commissione provvede a trasmettere alla Regione Marche - Settore Contrasto al Disagio l'elenco dei richiedenti il riconoscimento della condizione di "disabilità gravissima" con specifica indicazione di quelli riconosciuti o non riconosciuti in tale condizione.

A seguito del riconoscimento della condizione di "disabilità gravissima" la persona con disabilità o il genitore o il familiare o l'esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno provvede immediatamente a prendere contatti con il proprio Comune di residenza per redigere la richiesta di contributo alla Regione Marche - Settore Contrasto al Disagio, utilizzando il modello "E" allegato al decreto dirigenziale regionale n. 96/2026.

Il referente dell'Ente locale avvia l'istruttoria della domanda di contributo e verifica l'eventuale presenza di tutte le condizioni che possono precludere l'accesso al contributo regionale, sulla base di quanto previsto dalla D.G.R. n. 727/2026.

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

Nel caso in cui la persona con disabilità gravissima sia stata ricoverata in struttura ospedaliera, RSA o altra struttura socio sanitaria o sociale per un periodo di tempo superiore ai 30 gg., il contributo non è corrisposto per i giorni di ricovero successivi al trentesimo giorno.

L'intervento è alternativo, nel senso di non sovrapposizione temporale della titolarità, agli altri due

interventi sostenuti con risorse FNA (“Assegno di cura” e “Vita Indipendente”), al 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)” e 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”.

La richiesta di erogazione del contributo regionale per gli interventi a favore di persone con disabilità gravissima di cui all’art. 3 del D.M. 26/09/2016 va presentata attraverso una delle seguenti modalità, ENTRO E NON OLTRE IL TERMINE PERENTORIO DEL 7 OTTOBRE 2026, pena l’esclusione, utilizzando il modello “E” allegato al Decreto dirigenziale regionale n. 96/2026:

- ◆ tramite pec all’indirizzo: [comune.folignano@emarche.it](mailto:comune.folignano@emarche.it);
- ◆ a mezzo mail all’indirizzo ordinario [info@comune.folignano.ap.it](mailto:info@comune.folignano.ap.it);
- ◆ con consegna a mano direttamente all’URP o all’Ufficio Protocollo, siti in Viale Genova n. 23, nei giorni dal lunedì al venerdì, dalle ore 09:00 alle ore 13:00.

I modelli di domanda (allegati “B”, “B1”, “C” ed “E” al Decreto dirigenziale regionale n. 96/2026) sono altresì disponibili:

√ presso l’Ufficio URP o l’Ufficio Protocollo dell’Ente, sito in Viale Genova n. 23;

√ sulla Homepage del sito istituzionale del Comune di Folignano, allegati al presente Avviso;

√ presso il Servizio di Medicina Legale dell’AST - Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli Piceno, sito in Viale M. Federici (ex Gil).

Per qualunque chiarimento è possibile contattare il Servizio Politiche Sociali del Comune al n. tel.: 0736/399721.

Folignano, 08.07.2026

IL RESPONSABILE DEL I° SETTORE  
F.to Dott.ssa Piera Ruffini