



DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.27

Comuni di Milazzo (Capofila), Gualtieri Sicaminò, Condrò, Monforte S. Giorgio, Pace del Mela, Roccavaldina, S. Filippo del Mela, S. Lucia del Mela, S. Pier Niceto, Spadafora, Torregrotta, Valdina, Venetico

AVVISO PUBBLICO

per interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima

Premesso che con D.A. n. 3779 del 29/12/2015 si è data attuazione alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 293 del 26/11/2015, approvativa del programma attuativo concernente gli interventi afferenti le risorse finanziarie del F.N.A. 2015, riservando la quota del 40% pari ad € 13.041.600,00 per interventi in favore di persone in condizione di disabilità gravissima (decreto ministeriale del 14 maggio 2015, art. 3 comma 1) che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere socio-sanitario nelle 24 ore, e che tale somma sarà assegnata ai Distretti Socio-Sanitari della Sicilia per la copertura finanziaria di interventi di assistenza domiciliare a supporto della persona non autosufficiente e della sua famiglia;

SI RENDE NOTO

Che entro il 21 marzo 2016 si possono presentare, presso i Comuni di rispettiva appartenenza, le richieste per l'accesso ad interventi personalizzati in favore di persone in condizioni di disabilità gravissima. Il Dipartimento Regionale della Famiglia, al fine di dare una definizione più chiara delle patologie riconducibili alla disabilità gravissima, elaborate in sede di tavolo tecnico intrasettoriale, con nota prot. n. 36096 dell'8/10/2014, ha trasmesso ai Distretti Socio-Sanitari della Sicilia una tabella contenente le diverse tipologie di disabilità gravissima come di seguito riportate:

- 1) Paziente con malattia cronica, irreversibile, totalmente dipendente, obbligato al letto e/o in carrozzina.
- 2) Paziente con demenza terminale che richieda assistenza totale perché completamente incapace di comunicare, allettato e/o in carrozzina nonché incontinente.
- 3) Paziente in stato vegetativo o coma o "locked-in syndrome".
- 4) Paziente affetto da malattia neuro-muscolare e dipendenza ventilatoria per almeno 8 ore su 24.
- 5) Pazienti con necessità di ventilazione meccanica, invasiva.
- 6) Pazienti affetti da malattia organica cronica, irreversibile, associata a disturbi del comportamento tali da mettere a rischio la propria o l'altrui incolumità vitale.

Il Distretto, a seguito della presentazione delle richieste da parte degli interessati, tenuto conto delle suddette definizioni di disabilità gravissima e di quanto riportato nelle linee guida, provvederà all'accertamento delle condizioni di dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza del soggetto disabile attraverso l'Unità di Valutazione Multidimensionale dell'ASP, con l'utilizzo di metodi, strumenti e scale adottate in ambito sanitario. Alla valutazione seguirà la presa in carico del paziente e l'elaborazione del progetto assistenziale personalizzato.

L'istanza va presentata su appositi modelli predisposti dall'Ufficio Piano del Distretto Socio-Sanitario D27 e va allegata la seguente documentazione:

- Certificazione attestante la disabilità grave, ai sensi dell' art. 3, comma 3, della legge n. 104/92;
- Verbale della Commissione Invalidi attestante il riconoscimento dell' invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento.
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità.

Per informazioni e ritiro modulistica rivolgersi direttamente agli Uffici Servizi Sociali dei Comuni di residenza o all'Ufficio Piano presso il Comune di Milazzo, tel. 090-9231061, Responsabile del Procedimento D.ssa Annunziata Lidia La Spada.

Il presente avviso e la relativa domanda sono consultabili e scaricabili accedendo al sito internet www.comune.milazzo.me.it

Milazzo, 29/02/2016
Il Dirigente
Dott. Michele Bucolo



Il Presidente del Comitato dei Sindaci
Antonino Campo

**OGGETTO: F.N.A. 2015. Interventi in favore di persone in condizione di disabilità gravissima.
Anno 2016.**

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell' art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
e residente in via/piazza _____ n. _____ Comune di _____
CAP _____ Prov. _____ telefono _____

In qualità di:

- familiare (specificare _____)
 altro (specificare _____)

del/la Sig./Sig.ra Cognome e nome _____
nato a _____ il _____ e residente nel Comune di _____
via/piazza _____ n. _____ CAP _____ Prov. _____
telefono _____

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'art.76 D.P.R. 445/2000, punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall' art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

CHIEDE

Per sé stesso o del familiare che si trova in condizione di disabilità gravissima, interventi di carattere sociale le cui prestazioni e attività saranno riportate nel progetto assistenziale personalizzato redatto dall'ASP territorialmente competente di concerto con l'Assistente Sociale referente del Comune di residenza.

A tale scopo

DICHIARA

che il sig./la sig.ra _____ si trova in condizione di dipendenza vitale che necessita a domicilio di un'assistenza continuativa e monitoraggio di carattere socio-sanitario nelle 24 ore.

Allega:

- Certificazione attestante la disabilità grave, ai sensi dell' art. 3, comma 3, della legge n. 104/92;
- Verbale della Commissione Invalidi attestante il riconoscimento dell' invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento.
- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Il sottoscritto esprime il suo consenso al trattamento dei dati personali ivi compresi quelli sensibili ai sensi del D.Lgs.196/2003.

Luogo e data _____

Firma
