

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 18
AVVISO PUBBLICO
PROGETTI ASSISTENZIALI PERSONALIZZATI
PER PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA
SI RENDE NOTO :

Che con D.A n.3779 del 29.12.2015 è stato approvato il programma attuativo concernente interventi in favore di persone in condizione di disabilità gravissima che necessitano a domicilio di un'assistenza continuativa , nonché di monitoraggio a carattere socio-sanitario.

Il supporto alla persona non autosufficiente e della sua famiglia , potrà essere garantito eventualmente anche con trasferimenti monetari per l'acquisto di servizi di cura e di assistenza domiciliare o per la fornitura diretta dell'assistenza da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato , di cui all'articolo 4, comma 1, lettera b), presentati dagli stessi e in tal senso monitorati.

Le patologie riconducibili ai disabili gravissimi con nota prot. n. 36096 dell'08.10.2014 del Dipartimento Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali risultano essere le seguenti:

- 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 incontinenti.
- 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.

I progetti verranno avviati nei limiti delle risorse finanziarie complessivamente disponibili per tale finalità assegnate al Distretto.

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALL'ISTANZA:

- Certificato del medico di medicina generale, attestante la condizione di dipendenza vitale con gravi patologie cronico degenerative non reversibili;
- Verbale della Commissione invalidi civili attestante l'invalidità civile al 100%con indennità di accompagnamento;
- Indicatore Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E.) ai sensi del DPCM n. 159/2014 e succ. modif. ed integraz., in corso di validità, rilasciato da organismo abilitato (CAF- INPS etc....);
- Documento di riconoscimento del richiedente.
- Il Distretto, per la gestione dei progetti si avvarrà degli Enti iscritti negli appositi albi, regionali e Distrettuali
- L'accertamento delle condizioni di dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza del soggetto disabile verrà effettuato dall'U.V.M. e dall'U.V.D.

TERMINI DI PRESENTAZIONE ISTANZA: L'Istanza da formulare secondo specifico modello predisposto dal Distretto, dovrà pervenire, presso gli Uffici di Servizio Sociale dei Comuni interessati (Paterno', Belpasso e Ragalna) **entro il 05 Marzo 2016.**

Paterno' li, 08/02/2016

IL COORDINATORE DEL DISTRETTO
(Dott.ssa Concetta Conti)

IL SINDACO DEL COMUNE CAPOFILA
(Prof. Mauro Mangano)

RICHIESTA DI PROGETTO ASSISTENZIALE PERSONALIZZATO PER PERSONA IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA

**Al Comune di _____
Ufficio Servizi Sociali -**

Il/la sottoscritto/a ,
nato/a il e residente in
via/piazza n.,
comune di C.A.P., prov.,
telefono

C H I E D E

- In qualità di familiare/tutore/amministratore di sostegno che il Sig
nato/a il e residente in
via/piazza n.,
del Comune di prov., telefono
in condizioni di dipendenza vitale, venga valutato ai fini della predisposizione di uno specifico
progetto che verrà presentato al competente Assessorato Regionale, come previsto dal D.A n.3779
del 29.12.2015

Allega alla presente istanza:

- ➔ Certificato del medico di medicina generale, attestante le patologie riconducibili ai disabili gravissimi come da nota del Dipartimento Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali che risultano essere le seguenti:
 - Paziente con malattia cronica,irreversibile, totalmente dipendente, obbligato a letto e/o in carrozzina;
 - Paziente con demenza terminale che richieda assistenza totale perché completamente incapace di comunicare, allettato e/o in carrozzina nonché incontinente;
 - Paziente in stato vegetativo o coma o “locked-in syndrome”;
 - Paziente affetto da malattia neuro-muscolare e dipendenza ventilatoria per almeno 8 ore su 24;
 - Pazienti con necessità di ventilazione meccanica, invasiva;
 - Pazienti affetti da malattia organica cronica, irreversibile, associata a disturbi del comportamento tali da mettere a rischio la propria o l'altrui incolumità vitale.
 - Copia Verbale della Commissione invalidi civili attestante l'invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento;
- ➔ Indicatore Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E.) del disabile, ai sensi del DPCM n. 159/2014 e succ. modif. ed integraz., in corso di validità, rilasciato da organismo abilitato (CAF- INPS etc....);
- ➔ Fotocopia del documento di riconoscimento e della tessera sanitaria del richiedente.
Il sottoscritto dichiara, inoltre, di aver preso integralmente visione del bando e del citato decreto n. 3779 del 29.12.2015 Assessorato Regionale alla famiglia.

Data

FIRMA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
STATO DI FAMIGLIA E RESIDENZA
(artt. 45 e 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. _____ Il _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Che la famiglia convivente si compone di:

Nome e cognome	Parentela/affinità/convivenza	Luogo e data di nascita

La residenza è:

A _____ prov. _____

Via _____ n. _____

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.n.196 del 30 giugno 2003, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

Firma

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato. In luogo dell'autenticazione della firma si allega copia fotostatica del documento di identità. La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000). La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000). Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.