



Prot 1663
15 FEB. 2016

Comune di Bronte

CITTA' DEL PISTACCHIO E DELLA CULTURA
Provincia di Catania

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO - D15

Comuni di Bronte – Maletto – Maniace e Randazzo

Visto il D.A. n. 3779 del 29.12.2015 dell'Assessorato Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali si è data attuazione alla deliberazione di Giunta Regionale n. 293 del 26.11.2015 con la quale è stato approvato il programma attuativo concernente gli interventi afferenti le risorse finanziarie del F.N.A. 2015, che ha riservato la quota del 40% pari ad €. 13.041.600,00, per interventi in favore di persone in condizione di disabilità gravissima

SI AVVISA

Che, ai sensi del predetto Decreto Assessoriale i disabili residenti nei Comuni del Distretto socio-sanitario 15, in condizioni gravissime, che necessitano a domicilio di una assistenza continua h 24 e non usufruiscono di altra assistenza domiciliare, o i loro familiari di riferimento, possono presentare richiesta per la definizione di un progetto assistenziale personalizzato.

Sono soggetti in condizione di dipendenza vitale quelli che necessitano a domicilio di un'assistenza continuativa e monitoraggio di carattere sociosanitario nelle 24 ore, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona per garantire l'integrità psico-fisica.

Il Dipartimento dell'Assessorato Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali al fine di dare una chiara definizione delle patologie riconducibili ai disabili gravissimi con nota prot. n. 36096 dell'8.10.2014 ha emanato a tutti i Distretti dell'isola le tipologie elaborate in sede di tavolo tecnico che risultavano essere le seguenti:

1. Paziente con malattia cronica, irreversibile, totalmente dipendente, obbligato a 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.

La domanda da redigere secondo l'allegato modello, corredata da copia del documento di identità in corso di validità del dichiarante, dovrà essere consegnata o pervenire a mezzo posta entro **le ore 12,00 del 14.03.2016 all'Ufficio Protocollo del Comune di residenza.**

L'accertamento delle condizioni di dipendenza vitale ed il grado di non autosufficienza sarà effettuato dall'Unità di Valutazione Multidimensionale dell'A.S.P. 3 Distretto di Bronte.

L'assistenza domiciliare può avvenire in forma diretta ed indiretta e sono da ritenersi ammissibili soltanto le spese riguardanti il personale di assistenza strettamente legate alle funzioni assistenziali svolte nell'ambito del progetto. Le spese devono essere attestate con documentazione valida ai fini fiscali, regolarmente quietanzate.

Le richieste saranno presentate al Dipartimento Regionale della famiglia e delle Politiche Sociali ed i progetti personalizzati potranno essere realizzati dopo l'approvazione e assegnazione del contributo richiesto da parte degli uffici regionali competenti.

Bronte, li 12/02/2016

F.to Il Sindaco del Comune Capofila
Avv. Graziano Calanna

AI SIG. SINDACO DEL COMUNE DI _____

Il sottoscritt _____ nat _____ a _____
e residente in Via _____ n. _____
tel _____

Oppure

Il sottoscritt _____ nat _____ a _____
e residente in Via _____ n. _____ nella qualità di
tutore del Sig. _____ nat _____ a _____
il _____ e residente in Via _____

C H I E D E

La concessione dei benefici assistenziali e la conseguente concessione del contributo previsto dalla nota di prot. 3246 del 04/02/2016 dell'Assessorato Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali che ha previsto interventi in favore di persone in condizione di disabilità gravissima che necessitano a domicilio di un'assistenza continua H 24.

A tal fine dichiara di essere disabile in condizione gravissime in quanto affetto da _____ per cui
necessità di assistenza continua, grave rischio della propria incolumità vitale.

Allega:

- La documentazione sanitaria è stata presentata dall'Ufficio dei Servizi Sociali Professionali.

li, _____

Firma
