

							
COMUNE di CANICATTI' (capofila)	Comune Campobello di Licata	Comune di Castrolibero	Comune di Naro	Comune di Racalmuto	Comune di Ravanusa	Comune di Grotte	Comune di Camastra

A.S.P. n.1

INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA

Con Decreto dell'Assessore Regionale della Famiglia delle Politiche Sociali e del Lavoro-Dipartimento della Famiglia e delle Politiche Sociali n.3779 del 29 Dicembre 2015 è stata data attuazione alla Deliberazione della 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 (Fondo Non Autosufficienza) che ha riservato la quota del 40% agli "Interventi in favore di persone in condizione di disabilità gravissima";

AVVISO

Le famiglie, residenti nei Comuni del Distretto Socio Sanitario D3, nel cui nucleo sono presenti disabili in condizioni gravissime, che necessitano a domicilio di una assistenza continuativa e monitoraggio di carattere socio-sanitario nelle 24 ore, affette da gravi patologie cronico degenerative non reversibili, ivi inclusa la Sclerosi Laterale Amiotrofica, gravissime disabilità psichiche multi patologiche, gravi cerebro lesioni, stati vegetativi:

Paziente con malattia cronica, irreversibile, totalmente dipendente, obbligato al 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.

Paziente con necessità di ventilazione meccanica, invasiva.

Pazienti affetti da malattia cronica, irreversibile, associata a disturbi del comportamento tali da mettere a rischio la propria o l'altrui incolumità vitale.

possono presentare la relativa richiesta su apposito modello di domanda ritirabile presso l'Ufficio dei Servizi Sociali del Comune di Camastra o scaricabile dal sito istituzionale www.comunedicamastra-agrigento.it entro il 31/03/2016.

Alla domanda deve essere allegata a pena di esclusione la seguente documentazione:

- Certificazione di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3, della Legge n. 104/1992, **oppure:**
- Certificazione rilasciata da una Struttura pubblica o privata accreditata, in cui sia espressamente indicata l'esistenza di una patologia cronico degenerativa non reversibile, di cui al presente Bando, tale da configurare un quadro di disabilità gravissima non ancora

- riconosciuta dalla Commissione di verifica (legge 104/92).
- Autodichiarazione dalla quale si evinca la tipologia di assistenza già erogata dalla Struttura sia sanitaria che dagli Enti Locali;
 - Fotocopia del documento di riconoscimento valido del familiare che rende la presente autocertificazione.
 - Fotocopia del documento di riconoscimento valido della persona disabile per la quale si richiede l'intervento.

Si precisa che:

a seguito della presentazione delle richieste, questo Distretto provvederà all'accertamento delle condizioni di dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza attraverso l'Unità di Valutazione Multidimensionale (socio-sanitarie) e 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** anche mediante interventi di integrazione socio – sanitaria.(Centro di riferimento, Dipartimento della Salute, ASP, etc.).

Saranno esclusi dal beneficio tutti coloro che faranno pervenire le istanze oltre il termine prefissato o non corredate dalla certificazione attestante la patologia da cui si è affetti.

Gli interventi del Piano Assistenziale in favore di persone in condizione di disabilità gravissima, potranno essere realizzati dopo l'approvazione e sono vincolati al finanziamento concesso dalla Regione Sicilia. Pertanto, la domanda non comporta nessun impegno da parte dei Comuni del Distretto Socio Sanitario D3.

Ulteriori informazioni possono essere richieste all' Ufficio dei Servizi Sociali del Comune di Camastra.

Camastra, 07/03/2016

Il Sindaco
(Rag. Angelo Cascià)

IL PRESIDENTE DEL COMITATO DEI SINDACI
Rag .Vincenzo Corbo

DISTRETTO SOCIO – SANITARIO D3

COMUNE DI CAMASTRA

Al Sig. Sindaco
Ufficio Servizi Sociali
del Comune di CAMASTRA

Oggetto: Richiesta accesso agli interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ e residente in _____ via _____ n. _____

Telefono/Cellulare _____ Codice Fiscale _____

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

Ai fini della concessione del beneficio in favore delle persone in condizioni di disabilità gravissima previsto dal D.A. n. 3779 del 29/12/2015;

- Di essere in possesso dei requisiti necessari per l'accesso agli interventi a favore di persone in condizioni di disabilità gravissime, relativi alle risorse finanziarie del F.N.A. 2015;
- Che nel proprio nucleo familiare appresso riportato è presente e convivente per vincolo di parentela il/la Sig. _____ nato/a _____
il _____ Codice Fiscale _____ Disabile gravissimo
che necessita a domicilio di assistenza H 24;

Di essere a conoscenza dell'accertamento da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (Socio-sanitarie) delle condizioni di dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza del soggetto disabile;

- **CHIEDE**

La concessione del beneficio concernente gli interventi afferenti le risorse finanziarie del F.N.A. 2015 di cui al Decreto n.3779 del 29/12/2015 dell'Assessorato Regionale della Famiglia delle Politiche Sociali e del Lavoro, a favore delle persone in condizione di disabilità gravissima che necessitano di assistenza domiciliare H24;

Dichiara che il proprio nucleo familiare è composto come segue:

	Cognome e nome	Rapporto familiare	Luogo e data di nascita	Convivente
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Allega alla presente istanza:

- Attestazione di invalidità civile riconosciuta dalla Commissione di verifica ai sensi dell'art. 3 comma 3° della Legge n.104/1992.
- Certificazione rilasciata da una Struttura pubblica o privata accreditata relativamente alla patologia di cui al Bando e della gravità della stessa;
- Autodichiarazione dalla quale si evince la tipologia di assistenza già erogata dalla Struttura sia sanitaria che dagli Enti Locali;
- Fotocopia del documento di riconoscimento valido del familiare che rende la presente autocertificazione.
- Fotocopia del documento di riconoscimento valido della persona disabile per la quale si richiede l'intervento.

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- Di essere consapevole della decadenza dal beneficio per le dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia;
- Di essere a conoscenza che in relazione alla ratio normativa dell'intervento, che lo stesso presuppone lo stato in vita del soggetto in favore del quale è concesso e pertanto decade dalla data del decesso del beneficiario;
- Di aver preso visione dell'avviso pubblico e di accettare tutte le prescrizioni ivi contenute;
- Autorizza il Distretto Socio Sanitario D3, al trattamento dei dati personali in conformità a quanto previsto dal Decreto Legislativo n. 193/2003, che verranno utilizzati esclusivamente per le finalità di cui alla presente istanza.

Data _____

Firma
