

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 40

Corleone (Capofila) – Campofiorito – Bisacquino – Contessa Entellina – Chiusa Sclafani – Giuliana –
Roccamena -

AVVISO PER LA REALIZZAZIONE DI PROGETTI ASSISTENZIALI IN FAVORE DELLE PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA F.N.A ANNO 2015

Visti:

- L. 328/00;
- La nota prot. N. 3246 del 04/02/2016 dell'Assessorato Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali con la quale vengono predisposte le linee guida per i distretti socio – sanitari dell'Isola volte alla presentazione di progetti per soggetti in condizione di disabilità gravissima;
- La deliberazione di Giunta Regionale n. 293 del 26 Novembre 2015 che approva il Programma attuativo concernente le modalità di attuazione degli interventi afferenti le risorse finanziarie del Fondo per le non autosufficienze assegnate alla Regione Siciliana F.N.A 2015.

RENDE NOTO

E' indetto l'avviso per la realizzazione di progetti assistenziali in favore delle persone in condizione di disabilità gravissima – F.N.A. Anno 2015.

DESTINATARI E REQUISITI DI AMMISSIBILITA'

I destinatari dei progetti assistenziali sono i soggetti in condizione di dipendenza vitale 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.

L'assessorato della Famiglia e delle Politiche Sociali con nota n. 36096 del 08/10/2014 ha dato una chiara definizione delle patologie riconducibili ai disabili gravissimi, le predette sono state elaborate in sede di tavolo tecnico e 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 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.

TIPOLOGIA D'INTERVENTO E FINALITA'

Il progetto assistenziale sarà redatto in maniera congiunta dall'ASP e dal Distretto Socio – Sanitario competente per il territorio del DSS n. 40. Il Distretto provvederà all'accertamento delle condizioni di disabilità gravissima tenendo conto della definizione di disabilità gravissima elaborata dal Ministero, nonché delle patologie previste dalle linee guida dipartimentali elaborate dal Tavolo tecnico interassessoriale. Tale valutazione avverrà da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (sociosanitarie) e con l'utilizzo di metodi, strumenti e scale presenti nell'ambito dei Distretti stessi, e procedere alla presa in carico del paziente e all'elaborazione del progetto assistenziale personalizzato anche mediante interventi di integrazione socio – sanitaria (centro di riferimento, dipartimento della salute, ASP, etc...)

Gli ambiti di intervento dovranno riguardare:

- ✱ Spese per il personale di assistenza domiciliare strettamente legate alle funzioni svolte nell'ambito del progetto.
- ✱ I presidi sanitari afferenti il sostegno del disabile, di nuova fabbricazione, per la parte non coperta da contributi pubblici.

- ✱ Spese per il trasporto disabili, per cure ed accertamenti medici documentati (biglietti aerei e/o ferroviaria e/o noleggio di automezzi, rimborso chilometrico in caso di utilizzo di mezzo proprio, per lui stesso e per il suoi accompagnatori, che possono essere i familiari od operatori partecipanti al progetto.
- ✱ Le spese di gestione del progetto non possono superare l'importo del 3% del contributo assegnato.

In linea con questo orientamento, il progetto assistenziale potrà comprendere, interventi esclusivamente di carattere sociale.

DURATA DELL'INTERVENTO

Il programma personalizzato di erogazione ha la durata annuale ed in ogni caso per la durata stabilita dall'Assessorato Regionale della Famiglia e Politiche Sociali in sede di finanziamento.

DOCUMENTI DA PRESENTARE

- Istanza formulata su apposito modello;
- Verbale di visita collegiale di riconoscimento dell'invalidità al 100% con indennità di accompagnamento;
- Verbale di visita collegiale di riconoscimento della legge 104/92, art. 3, comma 3°;
- Relazione clinica aggiornata redatta da specialista operante all'interno di una struttura pubblica, inerente la patologia dalla quale si evincono i bisogni della persona con disabilità in termini clinico-riabilitativi e attestante la condizione di dipendenza vitale, aggiornata al 2016;
- Decreto di tutela, di curatela o di amministrazione di sostegno;
- Copia del documento di identità del richiedente e della persona con disabilità.

TERMINE DI SCADENZA DI PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE

Le istanze corredate dalla documentazione prescritta devono essere presentate dal **15/02/2016 al 14/03/2016**, termine perentorio, a pena di esclusione, presso il protocollo generale del Comune di residenza o inviate per mezzo posta con raccomandata corredata dalla ricevuta di ritorno.

In quest'ultimo caso farà fede il timbro postale.

*Informativa art. 13 D.Lgs. n. 196/2003, Codice in materia di protezione dei dati personali:
i dati personali vengono raccolti per lo svolgimento delle funzioni istituzionali e vengono trattati in modo lecito e corretto, per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti e trattati. Devono essere esatti, completi, pertinenti e non eccedenti rispetto alle finalità per i quali sono raccolti e trattati. Al trattamento dei dati possono attendere anche soggetti esterni pubblici o privati con i quali i Comuni hanno un rapporto di concessione, convenzione e/o contatto finalizzato all'espletamento della procedura o parte di essa. La comunicazione e/o diffusione della procedura è regolata dall'art. 19; il responsabile è il coordinatore del Gruppo Piano distrettuale. L'interessato può far valere nei confronti delle Amministrazioni Comunali coinvolte, i diritti di cui all'art. 7 esercitati ai sensi degli artt. 8,9 e 10 del D.Lgs 196/2003.*

Corleone, li 10/02/2016

IL PRESIDENTE DEL COMITATO DEI SINDACI

Leoluchina Savona

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 40
Corleone (Capofila) – Campofiorito - Bisacquino – Contessa Entellina – Chiusa Sclafani –
Giuliana – Roccamena –

DOMANDA PER PROGETTI ASSISTENZIALI IN FAVORE DELLE PERSONE IN CONDIZIONE DI
DISABILITA' GRAVISSIMA -
F.N.A. ANNO 2015 -

Al Signor Sindaco del Comune di _____

Il sottoscritto _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Residente in _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ n _____

Tel. _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____

nella qualità di _____ del/della sig./ra. _____

(specificare rapporto di parentela rispetto al disabile), nato a _____ il _____

CHIEDE

per il proprio familiare, affetto da grave patologia cronico degenerativa non reversibile, l'elaborazione di un progetto assistenziale personalizzato finalizzato all'erogazione di assistenza continua H 24 a domicilio.

DICHIARA

- Di essere residente nel Comune di _____ ;
- La composizione anagrafica del nucleo familiare risulta essere la seguente:

N.	Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

ALLEGA

- Verbale di visita collegiale di riconoscimento dell'invalidità al 100% con indennità di accompagnamento;
- Verbale di visita collegiale di riconoscimento della legge 104/92, art. 3, comma 3°;
- Relazione clinica aggiornata redatta da specialista operante all'interno di una struttura pubblica, inerente la patologia dalla quale si evincono i bisogni della persona con disabilità in termini clinico – riabilitativi e attestante la condizione di dipendenza vitale, aggiornata al 2016;
- Decreto di tutela, di curatela o di amministrazione di sostegno;
- Copia del documento di identità del richiedente e della persona con disabilità.

Luogo e data _____

Firma del Dichiarante

In base a quanto disposto dall'art. 13 del D.lgs. 196/2003 sono informato circa il trattamento dei miei dati personali, ed in particolare che:

- La finalità del trattamento è l'elaborazione di un progetto assistenziale personalizzato finalizzato all'erogazione di assistenza continua H 24 a domicilio e per le procedure amministrative inerenti l'espletamento della partita;
- I dati saranno trattati su rapporti cartacei ed elettronici;
- Il conferimento dei dati ha natura facoltativa, tuttavia la loro mancanza non consentirà di dare luogo alle attività di cui sopra;
- Potranno essere esercitati i diritti di accesso ai dati di cui all'art. 7 del D.lgs. 196/2003.

Luogo e Data _____

Firma del Dichiarante
