



AVVISO PUBBLICO
Presentazione di progetti assistenziali per persone in condizione di disabilità gravissima
F.N.A. 2014

IL PRESIDENTE DEL COMITATO DEI SINDACI

VISTO l'art. 3 del Decreto Ministeriale del sette maggio 2014 con il quale viene riservata una quota pari al 40% delle risorse finanziarie afferenti il F.N.A. dell'anno 2014 per interventi in favore di persone in condizione di disabilità gravissima;

VISTA la nota prot. n. 14404 del 04/05/2015 della Regione Siciliana Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro Dipartimento Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali Servizio 5° avente ad oggetto "F.N.A. 2014 – Linee Guida per la presentazione di progetti assistenziali per persone in condizione di disabilità gravissima" con cui la Regione Sicilia rende noto che con D.A. n. 92 del 23/01/2015 è stata data attuazione alla deliberazione di Giunta Regionale n. 386 del 22/12/2014 che approva il programma attuativo relativo agli interventi afferenti le risorse finanziarie del F.N.A. 2014;

Che le predette risorse saranno destinate a soggetti con disabilità gravissima che necessitano a domicilio di un'assistenza continuativa e monitoraggio di carattere socio sanitario nelle 24 ore;

RENDE NOTO CHE

Possono presentare istanza per usufruire di progetti assistenziali personalizzati i soggetti con **"disabilità gravissima"** definita ai sensi del D.M. del 07/05/2014, dalla conferenza unificata del 05/08/2014 nonché dalla nota regionale prot. 36096 del 08/10/2014 come segue:

- α) **Soggetti** in condizione di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di un'assistenza continuativa e monitoraggio di carattere socio sanitario 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 garantirne l'integrità psico-fisica;
- β) **Pazienti** con malattia cronica, irreversibile, totalmente dipendente, obbligato a letto e/o in carrozzina;
- χ) **Pazienti** con demenza terminale che richieda assistenza totale perché completamente incapace di comunicare, allettato e/o in carrozzina nonché incontinente;
- δ) **Pazienti** in stato vegetativo o coma o "locked - in syndrome";
- ε) **Pazienti** affetti da malattia neuro-muscolare e dipendenza ventilatoria per almeno 8 ore su 24;
- φ) **Pazienti** con necessità di ventilazione meccanica invasiva;
- γ) **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 richiesta potrà essere presentata dal familiare e/o tutore presso ciascun Comune del Distretto 48 - Ufficio Politiche Sociali - in base alla residenza dell'assistito e successivamente l'ufficio

provvederà all'accertamento delle condizioni di dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza del soggetto disabile da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale dell'A.S.P. di Siracusa.

L'istanza dovrà essere corredata dalla seguente documentazione :

- **Certificazione sanitaria che attesti una delle patologie sopra elencate;**
- **Codice fiscale;**
- **Documento di riconoscimento in corso di validità.**

I progetti assistenziali personalizzati dovranno avere la **durata di almeno 12 mesi** e graveranno interamente sul F.N.A. 2014. Tali somme saranno assegnate ai Distretti Socio Sanitari per la copertura finanziaria dei progetti che saranno presentati dagli stessi.

L'Assistenza domiciliare può avvenire in forma **diretta e indiretta** e sono da ritenersi ammissibili soltanto le spese riguardanti il personale di assistenza strettamente legate alle funzioni assistenziali svolte nell'ambito del progetto individualizzato;

IL PRESENTE AVVISO RESTERÀ IN PUBBLICAZIONE PER gg. 20

Siracusa, 25/05/2015

**L'Assessore alle Politiche Sociali
Dott.ssa Rosalba Scorpo**

**Il Presidente del Comitato dei Sindaci
Dott. Giancarlo Garozzo**

DISTRETTO SOCIO SANITARIO D 48

Al comune di _____

Ufficio Politiche Sociali

Il /la sottoscritt _____ nat a _____ il _____

e residente in _____ Via/Piazza _____ n.° _____

Comune di _____ cap. _____ Prov. _____ Tel. _____

nella qualità di tutore o tutrice del/la sig./ra _____ nata/o _____

il _____ e residente in _____ Via _____ n. _____

CHIEDE

Di poter usufruire di progetti assistenziali personalizzati ai sensi dell'Avviso Pubblico per persone in condizione di disabilità gravissima – F.N.A.2014.

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

Allega alla presente istanza:

Ai sensi del Dlg. 196/2003 tutela della privacy dichiaro di essere stato informato che i dati raccolti vengono utilizzati ai fini istituzionali.

Data _____

FIRMA
