



AVVISO PUBBLICO
Presentazione di progetti assistenziali per persone in condizione di disabilità gravissima
F.N.A. 2015

IL PRESIDENTE DEL COMITATO DEI SINDACI

VISTA la nota prot. n. 3246 del 04/02/2016 della Regione Sicilia Dipartimento Famiglia con la quale si informano i Distretti Socio-Sanitari di attivare le procedure necessarie per l'erogazione del beneficio in favore di persone in condizioni di disabilità gravissima;

VISTO che con D.A. n.º 3779 del 29/12/2015 si è data attuazione a quanto previsto dalla Giunta Regionale n.º 293 del 26/11/2015 relativamente alle risorse finanziarie del F.N.A 2015 destinato in favore di persone in condizioni di disabilità gravissima (D.M. Del 14/05/2015 art.3 . Com. 1);

VISTA le linee guida dipartimentali trasmesse a tutti i distretti con nota n.º 36096 del 8/10/2014 con le quali sono state individuate diverse patologie di disabilità gravissima.

RENDE NOTO CHE

Possono presentare istanza per usufruire di progetti assistenziali personalizzati i soggetti con “**disabilità gravissima**” definita ai sensi del D.M. del 14/05/2015, nonché alla nota Regionale prot. 36096 del 08/10/2014 così 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.

Che gli interventi previsti prevedono assistenza domiciliare anche come incremento di assistenza domiciliare tutelare e personale già prevista per il soggetto beneficiario e che il supporto alla persona non autosufficiente e alla 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 dei fornitori e vicinato sulla base del piano personalizzato, presentata dagli stessi e monitorato.

Che 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 – U.V.M. (Unità di valutazione Multidimensionale);

Che i progetti assistenziali personalizzati dovranno avere la durata di almeno 12 mesi e graveranno interamente sul F.N.A 2015. Tali somme saranno assegnate ai Distretti Socio Sanitari per la copertura finanziaria dei progetti che saranno presentati dagli stessi.

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.**

IL PRESENTE AVVISO SCADE IL 10/04/2016

Siracusa, 10/03/2016

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

Al Signor Sindaco
Comune di Floridia

Il/la sottoscritt _____ nato a _____
il _____ res.te a Floridia in Via _____ n _____
Cod. Fiscale _____ tel./ Cell. _____
nella qualità di _____ del/laSig./ ra _____
nato a _____ il _____ res.te 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. 2015.

A tal fine dichiara di essere disabile in condizione gravissime.

Allega la seguente documentazione:

- 1) certificazione sanitaria attestante la condizione di portatore H.L.104/92 art. 3 C.3;
- 2) fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità;
- 3) fotocopia codice fiscale.

Ai sensi del Dlg. 193/2003, tutela della privacy, dichiaro di essere stato informato che i dati raccolti vengono utilizzati ai fini istituzionali.

Floridia lì _____

Con Osservanza
