

# Distretto Socio-Sanitario N.34

(Carini – Capaci – Cinisi – Isola delle Femmine – Torretta – Terrasini)

## AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DI PROGETTI ASSISTENZIALI PER PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA

VISTA la legge Regionale N. 22 del 9 Maggio 1986, riordino dei servizi e delle attività socio – assistenziali ed il regolamento di attuazione approvato con D.P. Reg. 28 maggio 1987;

PREMESSO che la L.328/00 prevede la realizzazione di un nuovo sistema integrato di interventi e servizi sociali, quale principio fondamentale di riforma economico sociale, ai sensi dell' art.117 della Costituzione, attraverso lo strumento del Piano di Zona da adottare in ciascun ambito territoriale, identificato nel Distretto Socio – Sanitario;

VISTO il Decreto dell'Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro n. 3779 del 29/12/2015 attuativo della Deliberazione della Giunta Regionale n. 293 del 26/11/2015, con cui è stato approvato il Programma Attuativo concernente gli interventi afferenti alle 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" che necessitano nelle 24 ore di assistenza continuativa a domicilio e monitoraggio di carattere socio sanitario;

## SI AVVISA LA CITTADINANZA RESIDENTE NEL DISTRETTO CHE SI POSSONO PRESENTARE ISTANZE PER PROGETTI ASSISTENZIALI A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA

### DESTINATARI

Per disabili gravissimi s'intendono, ai sensi del comma 1 art. 3 del decreto Ministeriale 14 maggio 2015, persone in condizione di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere sociosanitario nelle 24 ore, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche, 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.

Il Dipartimento dell'Assessorato regionale alla Famiglia, 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 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 malattie neuro-muscolari e dipendenza ventilatoria per almeno 8 ore su 24.
5. Paziente con necessità di ventilazione meccanica, invasiva.
6. Paziente affetto da malattia organica cronica, irreversibile, associata a disturbi del comportamento tali da mettere a rischio la propria o l'altrui incolumità vitale.



La Certificazione attestante la disabilità gravissima deve essere rilasciata dal medico curante

### DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

Nell'ambito del Programma Attuativo afferente al F.N.A. 2015 con cui si individuano le modalità di attuazione di interventi, prestazioni e servizi assistenziali a favore di persone non autosufficienti, sono contemplati i Progetti Assistenziali rivolti ai soggetti in condizioni di disabilità gravissima che necessitano a domicilio di una assistenza h24. I progetti personalizzati avranno la durata 12 mesi, saranno redatti in seguito all'accertamento dei requisiti individuati dall'Unità di Valutazione Multidimensionale e consentiranno di realizzare interventi di assistenza domiciliare diretta, mediante personale qualificato, indiretta e interventi di integrazione socio-sanitaria (Centro di riferimento, Dipartimento della Salute, ASP, ect) esclusivamente di carattere sociale. Il supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia potrà essere garantito eventualmente anche con trasferimenti monetari per l'acquisto di cura e di assistenza domiciliare o per la fornitura diretta dell'assistenza da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato redatto

Le prestazioni domiciliari socio-assistenziali, acquistabili mediante voucher, saranno erogate da Enti no profit operanti nel settore della disabilità, inseriti nell'Elenco distrettuale per il Patto di accreditamento.

Il modulo di richiesta, corredato dalla certificazione del medico curante attestante la disabilità gravissima, è disponibile presso i servizi sociali dei comuni del distretto e presso il Distretto sanitario n. 34 e può essere scaricata dai rispettivi siti internet

- Le domande dovranno pervenire ai comuni del Distretto Socio sanitario n. 34 entro il 31/03/2016

Il Sindaco del Comune Capofila  
del Distretto Socio sanitario n. 34  
Prof. Giuseppe Monteleone

Il Coordinatore del Gruppo Piano  
del distretto Socio Sanitario n. 34  
dott. Pietro Migliore

**Modello Istanza per “Progetti assistenziali per persone in condizione di disabilità gravissima”**

**Al Comune di \_\_\_\_\_  
Ufficio Servizi Sociali**

I sottoscritto/a \_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ nella qualità di \_\_\_\_\_ del/lla

(specificare rapporto di parentela rispetto al disabile)

Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

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

Allega alla presente istanza:

- **certificazione del medico di base dalla quale si evince la necessità di un'assistenza h/24 a seguito di una delle patologie riportate nel presente avviso**
- **copia di un documento di identità del richiedente e dell'assistito**
- **autocertificazione sullo stato di famiglia.**

I sottoscritto/a dichiara, altresì, che all'atto dell'eventuale accoglimento di questa istanza rinuncerà ad ogni altra forma di assistenza domiciliare.

**FIRMA** \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003 N° 196 "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI"**

AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003 N° 196, ED IN RELAZIONE AI DATI PERSONALI CHE LA RIGUARDANO E CHE FORMERANNO OGGETTO DI TRATTAMENTO, LA INFORMIAMO DI QUANTO SEGUE:

- IL TRATTAMENTO È INDISPENSABILE AI FINI DELL'EROGAZIONE DEL SERVIZIO;

PRESO ATTO DELL'INFORMATIVA DI CUI SOPRA AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003 N°196, IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_  
ACCONSENTE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI CHE LO/LA RIGUARDANO, FUNZIONALE AGLI SCOPI PER I QUALI È POSTO IN ESSERE.

*DATA* \_\_\_\_\_

*FIRMA* \_\_\_\_\_