



MUNICIPIO DELLA CITTA' DI PATTI

DISTRETTO SOCIO SANITARIO

N. 30

COMUNE CAPOFILA PATTI

(Patti - Brolo - Ficarra - Floresta - Gioiosa Marea - L ibrizzi - Montagnareale - Oliveri - Piraino -
Raccuia - San Piero Patti - Sant'Angelo di Brolo - Sinagra - Ucria)

AVVISO PUBBLICO

INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA

F.N.A.2015 - D.A. N. 3779 DEL 29.12.2015

Premesso:

- che con D.A. n. 3779 del 29/12/2015 si è 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 in favore di persone in condizione di disabilità gravissima che necessitano a domicilio di assistenza continuativa, nonché per attività di monitoraggio a carattere socio-sanitario;
- che nel D.M. del 14/05/2015 all'art.3 comma 1 è stato riportato ciò che si intende per disabilità gravissima e che il Dipartimento Regionale della Famiglia e delle Politiche sociali con nota prot. n. 36096 del 08/10/2014 ha trasmesso a tutti i Distretti dell'Isola le linee guida dipartimentali con le quali sono state individuate diverse tipologie di disabilità gravissima, che ad ogni buon fine qui di seguito si ripropongono:
 1. Paziente con malattia cronica, irreversibile, totalmente dipendente, obbligato al letto e/o in carrozzina.
 2. Paziente con demenza terminale che richieda assistenza totale perchè 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 valutazione 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.

SI RENDE NOTO

che i soggetti aventi diritto possono presentare istanza al Comune di residenza appartenente al Distretto socio Sanitario D30.

SI INVITANO

i cittadini interessati a presentare l'istanza entro il termine del **30/03/2016**.

Alla richiesta devono essere allegati i seguenti documenti:

- autocertificazione attestante la composizione del nucleo familiare;
- documentazione attestante la condizione di disabilità gravissima rilasciata da ente pubblico;
- fotocopia del documento di riconoscimento del soggetto che inoltra l'istanza.

Il distretto, con le modalità e le procedure previste dalla normativa vigente, provvederà all'accertamento delle condizioni di disabilità gravissima tenendo conto delle suddette definizioni, alla valutazione, all'elaborazione del progetto assistenziale personalizzato e trasmetterà le istanze al competente Dipartimento Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali per la copertura finanziaria dei progetti.

Per informazioni e il ritiro dello schema di domanda, rivolgersi agli Uffici dei Servizi Sociali del Comune di **B.R.O.L.O... (ME)**

Per il Comune di **B.R.O.L.O... (ME)** telefono 0941-536035
email **area amministrativa@comune.brolo.me.it**
Patti, li 01/03/2016

Il Coordinatore Gruppo Piano D30
f.to Dott.ssa Bonina Agnello

Il Presidente Comitato dei Sindaci D30
f.to Avv. Giuseppe Mauro Aquino

**Oggetto: Interventi in favore di persone in condizione di disabilità gravissima.
D. A. n. 3779 del 29.12.2015.**

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ e residente in via/piazza _____ n. _____
comune di _____ c.a.p. _____ prov. _____,
telefono _____ in qualità di richiedente/familiare _____
del/la Sig/ra _____, nato/a a _____
il _____ e residente nel Comune di _____,
Via/piazza _____ n. _____ CAP _____ prov. _____

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/00, consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni mendaci:

- Che il proprio nucleo familiare nel quale è presente e convivente per vincolo di parentela il/la Sig/ra _____, disabile gravissimo, è costituito dalle seguenti persone:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

- che la condizione di disabilità gravissima è una delle 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 perchè 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 valutazione 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.

CHIEDE

l'attuazione del Progetto assistenziale personalizzato.

Allega alla presente istanza:

- Certificazione sanitaria sulla condizione del soggetto disabile gravissimo rilasciata da ente pubblico ;
- Documento di riconoscimento in corso di validità.

Il sottoscritto dichiara che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza e di essere consapevole della decadenza del beneficio per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data _____

Firma _____

Con la firma apposta in calce alla presente, sottoscrive quanto sopra dichiarato e presta inoltre il proprio consenso al trattamento dei dati per le finalità sopra riportate, ai sensi del Dlg.s 196/2003.

(Firma per esteso)