



Comune di Bronte

CITTA' DEL PISTACCHIO E DELLA CULTURA
Città Metropolitana di Catania

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO - D15

Comuni di Bronte – Maletto – Maniace e Randazzo

AVVISO PUBBLICO PER NUOVI SOGGETTI AFFETTI DA DISABILITA' GRAVISSIMA

Visto il D.P.R. n. 589/2018 con il quale è stata disciplinata nel territorio regionale siciliano dell'art. 9 della L. R 09.05.2017 n. 8, così come modificato dall'art. 30 della L. 8 maggio 2018 n. 8;
Visto il D.A. n. 113/GAB del 23.10.2018 dell'Assessorato Regionale della Famiglia che ha pubblicato l'Avviso Pubblico per la presentazione delle richieste per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima ai sensi dell'art.3 del D.M. 26.09.2016 per l'applicazione dell'art. 9 della L.R. 8/2017 e s.m.i.

SI AVVISA

Che, ai sensi del comma 5 dell'art.30 della L.R. 8/2018 sono aperti i termini per la presentazione delle istanze per l'accesso al beneficio economico esclusivamente per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima di cui all'art. 3 del D.M. 26.09.2016 per l'applicazione dell'art. 9 della L.R. 8/2017 e s.m.i. Il Fondo unico regionale per la disabilità e per la non autosufficienza in favore di soggetti di cui alla legge 104 art. 3 comma3 e di quelli con disabilità gravissima di cui all'art.1 della L.R. 1 mazo 2017 n. 4 , nonché dei disabili ricoverati nelle comunità alloggio, di seguito denominato fondo, al fine di garantire l'attuazione dei livelli di assistenza anche domiciliare, da destinare, nei limiti degli stanziamenti di bilancio, ad interventi di assistenza in relazione al progetto individuale di vita, tenuto conto della situazione economica equivalente(ISEE) e degli altri criteri che verranno stabiliti secondo quanto previsto ai successivi commi 4 e 5 . Sono soggetti in condizione di dipendenza vitale quelli 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. Il Dipartimento dell'Assessorato Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali al fine di dare una chiara definizione delle patologie riconducibili ai disabili gravissimi secondo quanto previsto dall'art. 3 del D.M. 26.09.2016 ha emanato a tutti i Distretti dell'isola le tipologie elaborate in sede di tavolo tecnico che risultavano essere le seguenti:

1. A) Paziente in condizioni di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS)< 10;
2. B) dipendente da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24h/7gg);
3. C) con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Dementia Rating Scale (CDRS)>=4;
4. D) con lesioni spinali fra C0/C5 di qualsiasi natura, con livello della lesione identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A e B . Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
5. E) con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo < ai 4 arti alla Scala Medical Research Council (MRC) e con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) <9 , o in stadio 5 di Hoeln e Yahr mod;ù
6. F) Con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL, di media fra le frequenze 500, 1000, 2000, 2000 herz nell'orecchio migliore ;
7. G) con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;

8. H con diagnosi di Ritardo Mentale grave o Profondo secondo classificazione DSM-5 con Q1>=34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAP-MER)<=8;
9. I .in condizioni di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessivi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche.

La domanda da redigere secondo l'allegato modello, predisposto dall'Assessorato Regionale della Famiglia dove è descritta la documentazione da allegare con la copia del documento di identità in corso di validità del dichiarante, dovrà essere consegnata o pervenire dal **01.11.2018 all'1.12.2018 al P.U.A. Distretto Socio Sanitario presso gli Uffici dell'ASP n. 3 Distretto di Bronte siti in Via Marziano n. 40**

L'accertamento delle condizioni di dipendenza vitale ed il grado di non autosufficienza sarà effettuato dall'Unità di Valutazione Multidimensionale dell'A.S.P. 3 Distretto di Bronte .

L'assistenza domiciliare può avvenire in forma diretta ed indiretta e sono da ritenersi ammissibili soltanto le spese riguardanti il personale di assistenza strettamente legate alle funzioni assistenziali svolte nell'ambito del progetto. Le spese devono essere attestate con documentazione valida ai fini fiscali, regolarmente quietanzate.

Le richieste saranno presentate al Dipartimento Regionale della famiglia e delle Politiche Sociali ed i progetti personalizzati potranno essere realizzati dopo l'approvazione e assegnazione del contributo richiesto da parte degli uffici regionali competenti.

N.B. Le persone già sottoposte a visita da parte dell'UVM ai sensi del DPRS 545/2017 e non ritenute aventi diritto allo status di disabile gravissimo possono ripresentare istanza allegando certificazione sanitaria prodotta da struttura pubblica che attesti un aggravamento clinico e che la stessa sia stata prodotta prima del 1^ dicembre .

Bronte, li 30.10.2018



F.to Il Sindaco del Comune Capofila
Avv. Graziano Calanna

AI PUA / Distretto Socio Sanitario _____

Oggetto: Istanza per l'accesso al beneficio economico per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima di cui all'art. 3 del DM. 26.09.2016 per l'applicazione dell'art. 9 della L.r. n. 8/2017 e s.m.i.

Soggetto richiedente

**Il/La Sottoscritt _____
consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n.445, dichiara di essere:**

nat _____ a _____ il _____

di essere residente a _____ in Via _____

n. _____ codice fiscale _____ tel. _____

cell. _____ e-mail _____

In qualità di Beneficiario/familiare delegato o di rappresentante legale (Specificare il titolo)

CHIEDE PER IL (da compilare solo in caso di delegato/tutore/procuratore)

Soggetto beneficiario

Del/la Sig./ra _____
nat _____ a _____ il _____
di essere residente a _____ in Via _____
n. _____ codice fiscale _____ tel. _____
cell. _____ e-mail _____

L'accesso al beneficio economico, previsto dalle norme in oggetto, previa verifica da parte dell'unità di valutazione multidimensionale dell'A.S.P. che dovrà accertare la sussistenza delle condizioni di disabilità gravissima di cui all'art.3 del D.M. 26 settembre 2016 e previa firma del Patto di Cura in favore del soggetto beneficiario sopra generalizzato.

A TAL FINE DICHIARA

Che il beneficiario è in possesso della certificazione di portatore di handicap ai sensi dell'art.3 comma 3 Legge 5 Febbraio 1992 n.104 con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;

E RITENENDO

Che per il beneficiario sussistono le condizioni di disabilità gravissima di cui all'art.3 del D.M. 26.09.2016 in quanto trovasi in almeno una delle seguenti condizioni (barrare la casella interessata);

A) In condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS)<10;

B) dipendente da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24 h/7gg.);

C) con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla Scala Dementia Rating Scale (CDRS)>=4;

D) con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A e B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;

E) con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo < ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC) e con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) <9, o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;

F) con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 herz nell'orecchio migliore;

G) con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;

H) con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAP-MER) ≤ 8 ;

I) in condizioni di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessivi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

Di impegnarsi sin da ora alla sottoscrizione del Patto di Cura.

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente se delegato o rappresentante legale del beneficiario;
- Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato.

Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili", i seguenti documenti:

- copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla legge L.104/92, art.3 comma 3;
- copia del provvedimento che riconosce l' indennità di accompagnamento;
- Qualora si tratti dei requisiti di cui alla lettera I), relativa certificazione medica comprovante i medesimi .
- ISEE

La Sig.ra/Il Sig. _____ autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. n.196/03 i dati personali per lo svolgimento delle funzioni istituzionali della A.C., i dati vengono trattati in modo lecito e corretto per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti e trattati, finalizzati all'espletamento della procedura ed è regolata dall'art.19. L'interessato può far valere nei confronti della A.C. i diritti di cui all'art.7 esercitato ai sensi degli artt. 8, 9 e 10 del D.Lgs. n.196/03.

IL RICHIEDENTE
