

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N.19  
**COMUNE CAPOFILA-GRAVINA DI CATANIA**

COMUNI DI SAN GIOVANNI LA PUNTA – VALVERDE – SAN GREGORIO –  
TREMESTIERI ETNEO – MASCALUCIA – SAN PIETRO CLARENZA – CAMPOROTONDO ETNEO-  
SANT'AGATA LI BATTIATI - PEDARA – NICOLOSI – TRECASTAGNI – VIAGRANDE –

**AVVISO PUBBLICO**  
**PROGETTI ASSISTENZIALI PERSONALIZZATI**  
**PER PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA**

**SI RENDE NOTO :**

Che con D.A n. 92 del 23.01.2015 è stato approvato il programma attuativo concernente interventi di **assistenza domiciliare diretta ed indiretta** in favore di persone in condizione di disabilità gravissima che necessitano a domicilio di un'assistenza continua H24.

Requisito per accedere ai **progetti assistenziali personalizzati** è che i soggetti siano in condizione di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di un'assistenza continuativa e monitoraggio di carattere sociosanitario nelle 24 ore PER BISOGNI COMPLESSI DERIVANTI DA GRAVI CONDIZIONI PSICOFISICHE per le seguenti tipologie definite dall'apposito tavolo tecnico regionale interassessoriale:

- Paziente con malattia cronica, irreversibile, totalmente dipendente, obbligato al letto e/o in carrozzina;
- Paziente con demenza terminale che richieda assistenza totale perché completamente incapace di comunicare, allettato e/o in carrozzina nonché incontinente;
- Paziente in stato vegetativo o coma o "locked-in syndrome";
- Paziente affetto da malattia neuro-muscolare e dipendenza ventilatoria per almeno 8 ore su 24;
- Pazienti con necessità di ventilazione meccanica, invasiva;
- Pazienti affetti da malattia organica cronica, irreversibile, associata a disturbi del comportamento tali da mettere a rischio la propria o altrui incolumità vitale.

Progetti assistenziali personalizzati avranno la durata di almeno 12 mesi, saranno rapportati alla tipologia dell'assistenza stessa compatibilmente alle risorse assegnate al Distretto n. 19

L'assistenza domiciliare potrà avvenire in **forma diretta ed indiretta** e saranno ammissibili soltanto le spese riguardanti il **personale** di assistenza strettamente legate alle funzioni assistenziali **esclusivamente di carattere sociale** svolte nell'ambito del progetto

I progetti verranno avviati nei limiti delle risorse finanziarie complessivamente disponibili per tale finalità assegnate al Distretto.

**DOCUMENTI DA ALLEGARE ALL'ISTANZA :**

- Certificato del medico di medicina generale, attestante la condizione di dipendenza vitale con le gravi patologie cronico degenerative sopra individuate ;
- Documento di riconoscimento del richiedente .

La valutazione delle condizioni psicofisiche di dipendenza vitale necessarie per l'elaborazione del progetto personalizzato avverrà a cura dell'Unità di Valutazione Multidimensionale dell'A.S.P.

**TERMINI DI PRESENTAZIONE ISTANZA:**

L'Istanza da formulare secondo specifico modello predisposto dal Distretto, dovrà pervenire, al comune di residenza entro **il 15 Giugno 2015.**

Il modello e ulteriori informazioni possono essere richiesti agli uffici dei servizi sociali di ciascun Comune del Distretto socio-sanitario n.19

GRAVINA DI CATANIA 15.05. 2014

IL SINDACO DEL COMUNE CAPOFILA  
Rapisarda Dott. Domenico

**RICHIESTA DI PROGETTO ASSISTENZIALE PERSONALIZZATO  
PER PERSONA IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA**

Al Comune di .....

Ufficio Servizi Sociali -

Il/la sottoscritto/a ..... ,  
nato/a ..... il ..... e residente in via/piaz-  
za ..... n. ...., comune  
di ..... C.A.P. ...., prov. ....,  
telefono .....

**CHIEDE**

- In qualità di familiare/tutore/ amministratore di sostegno che il Sig .....  
.....nato/a .....

il..... e residente in via/piazza ..... n. ...., del  
comune di ..... prov. ...., telefono ..... in con-  
dizioni di dipendenza vitale, venga valutato ai fini della predisposizione di uno specifico  
progetto che verrà presentato al competente Assessorato regionale, come previsto dal  
D.A n. 92 del 23.01.2015

Allega alla presente istanza:

- **Certificato del medico di medicina generale, attestante la condizione di dipendenza vitale per una delle seguenti gravi patologie cronico degenerative non reversibili**
  - malattia cronica, irreversibile, totalmente dipendente, obbligato al letto e/o in carroz-  
zina;
  - demenza terminale che richieda assistenza totale perché completamente incapace di  
comunicare, allettato e/o in carrozzina nonché incontinente;
  - stato vegetativo o coma o “locked-in syndrome;
  - malattia neuro-muscolare e dipendenza ventilatoria per almeno 8 ore su 24;
  - Pazienti con necessità di ventilazione meccanica, invasiva;
  - Pazienti affetti da malattia organica cronica, irreversibile, associata a disturbi del  
comportamento tali da mettere a rischio la propria o altrui incolumità vitale.
- Documento di riconoscimento del richiedente .

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di aver preso integralmente visione del bando e del  
citato decreto n. 92 del 23.01.2015 dell'Assessorato regionale alla famiglia.

**Data**

**Firma**