Prot. 16142 del 17-05-2017

CITTÀ DI PATERNÒ - CAPOFILA

PATERNÒ *BELPASSO* *RAGALNA* *ASP - CATANIA*

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 18

AVVISO PUBBLICO

PROGETTI ASSISTENZIALI PERSONALIZZATI PER PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA

– Anno 2017 -

SI RENDE NOTO

Si informa che sono aperti i termini per la presentazione delle istanze per l'accesso ai benefici per i disabili gravissimi di cui alla legge regionale n. 4 del 1.marzo 2017 e al D.P.532/2017 modificato con la D.P.545 del 10.05.2017.

I diretti interessati, o loro rappresentanti legali, dovranno presentare apposita istanza di accesso al beneficio, da inoltrare congiuntamente al Comune di appartenenza e all'Azienda Sanitaria Provinciale territorialmente competente entro e non oltre il 09.06.2017.

I soggetti istanti, saranno valutati dalle Unità di Valutazione Multidimensionali delle Aziende Sanitarie Provinciali territorialmente competenti, le quali dovranno certificare la sussistenza delle condizioni di disabilità di cui all'art. 3 del D.M. 26.09.2016.

Coloro che risulteranno idonei, potranno ricevere un trasferimento monetario diretto da utilizzare esclusivamente per i servizi di assistenza domiciliare.

Per accedere al beneficio, ciascun soggetto o suo rappresentante, dovrà sottoscrivere un patto di cura redatto secondo lo schema allegato al precitato decreto presidenziale, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R.n. 445/2000 in cui dichiarerà di utilizzare le risorse economiche esclusivamente per la cura della persona disabile .

I servizi sociali dei Comuni e le Aziende Sanitarie Provinciali territorialmente competenti, effettueranno periodicamente visite ispettive per verificare l'effettiva attuazione di quanto sottoscritto con il patto di cura. Nel caso in cui si dovessero rilevare inadempienze si provvederà alla sospensione del beneficio economico.

Paterno' lì 17.05.2017.

Il Coordinatore del Distretto 18
(Dott.ssa Concetta Conti)

Il Sindaco Comune Capofila
(Prof. Mauro Mangano)

Istanza per l'accesso ai benefici per i **disabili gravissimi** di cui alla legge regionale (Sicilia) n.4 del 1 marzo 2017 e al D.P. 532/2017 modificato con D.P. 545 del 10 maggio 2017, pubblicato il 11-maggio-2017.

Spett.le Servizi Sociali del
Comune di _____

Spett.le Unità di Valutazione della
Disabilità distretto sanitario di
_____
Asp Catania

RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DELLA CONDIZIONE DI "DISABILITA' GRAVISSIMA"
(ai sensi del D.M. 26/09/2016)

Il/La sottoscritto/a sig./ra_____

residente a _____ Via _____ n. _____
tel. _____

in qualità di:

☐ genitore

☐ familiare

☐ esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno per il sig./sig.ra _____

_____ nato/a il _____

a _____ residente in _____

via _____ n. _____ tel. _____

CHIEDE

di essere ammesso alla valutazione per il rilascio della certificazione attestante la condizione di "disabilità gravissima" di cui al D.M. 26/09/2016 al fine della concessione al beneficio di cui al alla legge regionale n.4 del 1 marzo 2017 e al D.P. 532/2017 modificato con D.P. 545 del 10 maggio 2017, pubblicato il 11-maggio-2017.

A tal fine **dichiara**:

☐ di beneficiare dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18 o di rientrare nella definizione di non autosufficienza ai sensi del D.M. 26/09/2016 e di trovarsi almeno in una delle seguenti condizioni:

a) persone 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) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);

c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala *Clinical Dementia Rating Scale* (CDRS)>=4;

d) persone 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 o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;

e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala *Medical Research Council* (MRC), o con punteggio alla *Expanded Disability Status Scale* (EDSS) ≥ 9, o in stadio 5 di *Hoehn* e *Yahr mod*;

f) persone 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 hertz nell'orecchio migliore;

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

h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con QI<=34 e con punteggio sulla scala *Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation* (LAPMER) *<=8;*

i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

N.B.: nel caso in cui ricorra la condizione di cui alla lett. i) l'utente dovrà allegare certificazione specialistica di struttura pubblica o privata convenzionata e/o accreditata che abbia in carico il paziente, che certifichi la condizione di dipendenza-psico-fisica inerente alla patologia di cui è portatore, attestando quindi la condizione di "dipendenza vitale".

Allega la seguente documentazione:

1. Copia del verbale di indennità di accompagnamento rilasciato dall'INPS.
2. Certificazione medica specialistica attestante una delle condizioni previste dalla lettera a) alla lettera i) sopra riportate.
3. Copia fotostatica del documento di riconoscimento.

Data_____

FIRMA

_____

_____

E' consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000).

DR. DP 545/GAB DEL 10 MAG. 2017

DELIBERAZIONE N. 183 DEL 03/05/2017 ALLEGATO A PAG 4

Allegato 1

PATTO DI CURA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via/Piazza _____

familiare/tutore del/della Sig./ra _____ nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via /Piazza _____

appartenente al Distretto Socio-Sanitario di _____

- presente negli elenchi trasmessi dai Comuni ai Distretti Sanitari;
- rivalutato dalle U.V.M. Sanitarie Distrettuali ai sensi del D.M. del 26 Settembre 2016 e del D.P.R.S. 532/2017;
- classificato dalle U.V.M. Sanitarie Distrettuali quale disabile gravissimo secondo quanto previsto dal D.M. del 26 Settembre 2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze ed il Ministro per gli affari regionali e le autonomie.

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n.445/00 e smi e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/00 e smi

DICHIARA

1. di volere accedere al contributo economico erogato dalla Regione Sicilia ai sensi del D.P. R.S. 532/2017;
2. di utilizzare tale contributo esclusivamente per il benessere ed il miglioramento della qualità di vita del disabile, secondo le necessità dello stesso;
3. di non volere accedere a forme alternative di assistenza indiretta;
4. di rispettare tutti gli adempimenti richiesti dall'Azienda per l'erogazione del contributo;
5. di accettare il contributo, che dovrà essere accreditato secondo le modalità di seguito dichiarate:
   Beneficiario _____
   Luogo e Data di nascita _____
   Codice Fiscale _____
   Conto Corrente intestato a _____
   IBAN _____
6. di accettare quanto di seguito descritto:
   - "L'Azienda Sanitaria Provinciale e i competenti Servizi Comunali potranno effettuare visite domiciliari in qualsiasi momento, per verificare periodicamente le condizioni di assistenza del disabile, titolare dell'assegno, e il corretto utilizzo del contributo erogato.
     Nel caso in cui venissero a mancare i requisiti di assistenza, accettati e sottoscritti con il presente "*Patto di Cura*", l'Azienda Sanitaria si riserva di sospendere, unilateralmente, l'erogazione del contributo economico";
   - che il suddetto contributo economico verrà erogato secondo le modalità, i tempi, gli importi e le direttive emanate dalla Regione Sicilia.
7. di indicare come assistente/i (care givers), le seguenti persone:
   _____
   _____
   _____
8. di impegnarsi a comunicare all'ASP ogni variazione di residenza o domicilio.

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali sensibili ai sensi del DPR 196/2003 e smi

_____, il _____

_____
Firma per esteso leggibile

PRESIDENZA

IL SEGRETARIO