



# COMUNE DI LONGI

Città Metropolitana di Messina

## Distretto Socio - Sanitario n.31

COMUNI DI

SANT'AGATA DI MILITELLO - CAPOFILA

Acquedolci, Alcara Li Fusi, Capo D'Orlando, Caprileone, Caronia, Castell'Umberto, Frazzanò, Galati Mamertino, Longi, Militello Rosmarino, Mirto, Naso, San Fratello, San Marco D'Alunzio, San Salvatore di Fitalia, Torrenova e Tortorici

### AVVISO PUBBLICO

#### Disabilità grave

Richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett.b) del D.P. n. 589/2018- D.R.S. n.1664/2020

### RIAPERTURA TERMINI DAL 22/03/2021 AL 22/04/ 2021

Visto l'art. 14 della L. 328/2000 secondo il quale " per realizzare la piena integrazione delle persone disabili di cui all'art.3 della l. 5 febbraio 1992, n. 104, nell'ambito della vita familiare e sociale , nonché nei percorsi dell'istruzione scolastica o professionale e del lavoro, i Comuni, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, predispongono, su richiesta dell'interessato, uno specifico progetto individuale;

Vista la legge regionale n.8 del 9 maggio 2017 art.9 comma 1 di " Istituzione del Fondo unico regionale per la disabilità e per la non autosufficienza";

Visto l'art. 9 comma 3 ove viene specificato che " il Fondo finanzia le prestazioni ed i servizi socio-assistenziali e socio-sanitari, ai sensi della normativa vigente, tenendo conto specificamente delle esigenze dei minori affetti da disabilità;

Visto l'art. 30 comma 5 bis della l.r. n.8 dell'08.05.2018 che modifica il comma n.5 dell'art. 9 della legge regionale n.8 del 9 maggio 2017;

Visto il D.P.R.S. n.589/gab del 31/08/2018 che disciplina le modalità e i criteri di erogazione di interventi finanziari in favore di disabilità;

il D.D.G. 2394 del 26/11/2018

il D.D. 2538 del 6/12/2018

la circolare prot. n. 42152 del 27.12.2018- Dipartimento Regionale Famiglia e Politiche Sociali servizio 5° Fragilità e Povertà;

il D.R.S. n.1664 del 11/12/2020

#### SI RENDE NOTO

Che sono aperti i termini dal 22 marzo 2021 al 22 aprile 2021, per la presentazione delle istanze da parte dei **soggetti disabili gravi, ai sensi dell'art.3, comma 3 della L104/92**, residenti nei comuni del Distretto Socio Sanitario n. 31 (Comuni di Sant'Agata di Militello, Acquedolci, Alcara Li Fusi, Capo D'Orlando, Caprileone, Caronia, Castell'Umberto, Frazzanò, Galati Mamertino, Longi, Militello Rosmarino, Mirto, Naso, San Fratello, San Marco D'Alunzio, San Salvatore di Fitalia, Torrenova e Tortorici), per la predisposizione del progetto Individuale, con esclusione dei disabili gravi già beneficiari dell'intervento, che hanno attivo il Patto di Servizio e che sono tenuti alla ri-attualizzazione dello stesso al fine di verificare ulteriori necessità e/o sovrapposizioni di servizi.

L'accesso alle prestazioni, è subordinato all'accertamento del requisito di disabilità grave di cui all'art.3 comma 3 della legge 104/92, alla presa in carico del disabile, all'elaborazione di un piano personalizzato d'intesa con l'ASP e la persona disabile e/o la sua famiglia e, infine alla sottoscrizione del Patto di Servizio, dal quale si evince la totalità delle prestazioni socio-sanitarie già fruita, la tipologia di intervento pianificata, il relativo budget assegnato, (secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett.b) del D.P. n. 589/2018) che individui forme di assistenza a mezzo di erogazione di servizi territoriali.

### Modalità e Termine di presentazione delle domande:

- La richiesta va presentata dall'utente affetto da grave disabilità o dal familiare/caregiver o tutore, presso l'ufficio protocollo del comune di residenza entro e non oltre il 22 aprile 2021, **pena la non ammissione.**
- Il modello dell'istanza, può essere ritirato presso gli uffici dei servizi sociali del Comune di residenza o scaricato dal sito [www.santagatadimilitello.me.it](http://www.santagatadimilitello.me.it) o del comune di residenza del disabile.
- l'istanza dovrà essere corredata dalla seguente documentazione:
  - 1) copia del documento di riconoscimento e del codice fiscale del beneficiario e/o del richiedente;
  - 2) la certificazione ISEE (fatta eccezione per i soggetti minorenni), in corso di validità, dagli uffici ed organismi abilitati. Ai disabili gravi che producano un ISEE pari o superiore a € 25.000,00 le prestazioni saranno ridotte del 30%;
  - 3) copia del verbale della commissione attestante la disabilità grave, ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n. 104/92 ;

A seguito della presentazione della richiesta si provvederà all'accertamento delle condizioni di dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza del soggetto disabile grave a cura dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (socio-sanitaria) e si procederà alla presa in carico e all'elaborazione di un piano personalizzato "... dal quale si evincano eventuali altre forme di assistenza diretta e/o indiretta, da ciò deriva, al fine di scongiurare sovrapposizioni o duplicazioni di interventi..." la definizione di un budget di progetto dal quale emerga con chiarezza la tipologia d'intervento pianificata e le risorse approntate oltre che le risorse di cui è beneficiario il disabile a motivo della sua condizione.

Per le considerazioni suesposte, secondo le modalità dei D.D.G n.2538/2018 e D.D.G 2154/2019 dovranno seguire le seguenti fasi procedurali:

#### **-Redazione del patto di servizio e contestuale comunicazione all'UVM:**

l'ufficio comunale dei servizi sociali, provvederà insieme agli interessati alla redazione e sottoscrizione dei patti di servizi, nonché alla contestuale comunicazione e invio all'UVM di ciascun patto di servizio sottoscritto.

#### **- Erogazione:**

dopo la sottoscrizione del Patto, segue l'immediata erogazione dei servizi secondo le modalità previste dall'art.9 della l.r. n.8/2017, che dispone forme di assistenza diretta o indiretta, quest'ultima ammessa purché rendicontabile con documentazione comprovante il servizio reso.

#### **- Completamento del Progetto Personalizzato:**

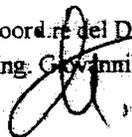
l'ASP ricevuto, il patto di servizio, avvia la redazione del PAI, ai sensi dell'art.21 del DPCM del 2017.

L'UVM, ai fini della definizione dei bisogni assistenziali, prende atto del patto di servizio ovvero può chiedere la modifica coinvolgendo l'ufficio sociale del comune, tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria e socio-sanitaria, la persona disabile e la sua famiglia.

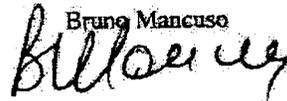
L'amministrazione comunale provvederà ad effettuare il controllo dei dati prodotti da ciascun richiedente a mezzo delle competenti autorità.

Saranno escluse le istanze pervenute oltre il termine prefissato o non corredate dai certificati sopra indicati.

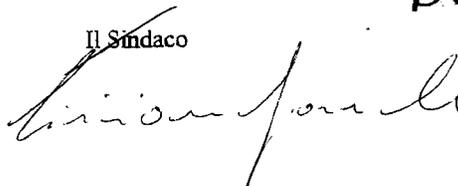
Il Coordinatore del D.S. S. n. 31  
Ing. Giovanni Amantea



Il Presidente del Comitato dei Sindaci  
Bruno Mancuso



Il Sindaco



**PATTO DI SERVIZIO**

ai sensi e per gli effetti del Decreto attuativo dell'articolo 9 della L.R. n. 8/17 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ appartenente a Distretto socio-sanitario  
di \_\_\_\_\_

- presente negli elenchi trasmessi dai Comuni ai Distretti sanitari e Sociosanitari;  
- censito dal Distretto Sociosanitario/Comune di residenza e comunicato all'UVM territorialmente  
competente;

- classificato quale disabile grave ai sensi e per gli effetti dell'articolo 3, comma 3 della l. n. 104/92.

Ai sensi del Decreto attuativo emanato con DP n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ 2018, esecutivo dell'articolo 9 della l.r. 8/2017 e s.m.i.;

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00 e s.m.i. 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 s.m.i.;

**DICHIARA**

1. di usufruire, in atto, dei seguenti trattamenti economici e/o servizi:

.....  
.....  
.....  
.....

2. se maggiorenne, che il proprio ISEE c.d. "socio-sanitario" è:

- INFERIORE a venticinquemila/00 euro annui

- SUPERIORE o UGUALE a venticinquemila/00 euro annui;

3. di accettare i seguenti servizi:

.....  
.....  
.....  
.....

4. di rispettare tutti gli adempimenti richiesti dal Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza per l'erogazione del servizio;

5. di accettare quanto di seguito descritto:

- il Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza potrà effettuare visite domiciliari in qualsiasi momento, per verificare periodicamente le condizioni di assistenza del disabile.

6. Nel caso in cui venissero a mancare i requisiti di assistenza, accettati e sottoscritti con il presente Patto di Servizio il Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza si riserva di sospendere, unilateralmente, l'erogazione dei servizi;

7. di impegnarsi a comunicare Distretto Sociosanitario/Comune di Residenza ogni variazione di domicilio.

(2018.36.2185)102

.....  
.....

7. di accettare quanto di seguito descritto:
- L'Azienda Sanitaria Provinciale ed i competenti Servizi Comunali potranno effettuare visite domiciliari in qualsiasi momento, per verificare periodicamente le condizioni di assistenza del disabile, titolare dell'assegno, ed 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;
  - il suddetto contributo economico è erogato secondo le modalità, i tempi, gli importi e le direttive emanate dalla Regione siciliana in ossequio all'ordinamento vigente;
8. di impegnarsi a comunicare all'A.S.P. ogni variazione di residenza o domicilio;
-

Modello di Domanda

OGGETTO: Disabilità grave – richiesta attivazione Patto di Servizio secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 4 lett.b) del D.P. n. 589/2018.

Al Distretto Socio Sanitario D31

Tramite il Comune di \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_,

nat. a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

pec \_\_\_\_\_

In qualità di:\*

- beneficiario interessato
- familiare delegato
- rappresentante legale (specificare il titolo) \_\_\_\_\_

\*barrare la casella di interesse

**CHIEDE**

PER: Se stesso

o (da compilare solo in caso di delegato /tutore/procuratore)

*per Soggetto beneficiario*

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

nat. a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

di essere residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

**l'attivazione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 lettera b) del D.P. n. 589/2018**

A TAL FINE , 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, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

- 1) Che il beneficiario è disabile grave non autosufficiente ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992 , n. 104;
- 2) Di aver preso visione del Patto di servizio, allegato alla presente istanza ed di impegnarsi sin da ora alla sottoscrizione ;

Allega alla presente, 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 ;
- ISEE rilasciato nel corrente anno 2019, corredato da dichiarazione;

ed, inoltre:

- 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.

\_\_\_\_\_  
Indicare luogo e data

IL RICHIEDENTE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ autorizza l'utilizzo dei dati dichiarati per l'istruttoria dell'istanza formulata e per le finalità strettamente connesse alle procedure di cui al l'avviso pubblico emanato dal Distretto Socio Sanitario D31, ai sensi dell' art.13 del D. Lgs 30.06.2003, n. 196 e del GDPR n. 679/2013 "Regolamento Europeo sulla Privacy 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.L gs. N.196/03 e del GDPR n. 679/2013 "Regolamento Europeo sulla Privacy.

\_\_\_\_\_  
Indicare luogo e data

IL RICHIEDENTE