

ALLEGATO A



COMUNE DI SCIACCA
Libero Consorzio Comunale di Agrigento
Capofila Distretto Socio-Sanitario n. 7
3° Settore – Sezione Servizi Sociali

Comuni afferenti al Distretto Socio-Sanitario n. 7
Santa Margherita di Belice – Menfi – Sambuca di Sicilia – Sciacca – Caltabellotta – Montevago

AVVISO PUBBLICO
ATTIVAZIONE PATTO DI SERVIZIO
MINORENNI CHE NECESSITANO DI SOSTEGNO INTENSIVO
F.N.A. STATO – ANNO 2019 _ D.R.S. n. 2680 del 09/10/2024

SCADENZA: 15 DICEMBRE 2025 _ ORE 12:00

Codice Unico di Progetto (CUP): E61H25000110001

VISTO

- Il D.P.R.S. n. 589 del 31/08/2018, che disciplina le modalità e i criteri di erogazione degli interventi in favore dei minorenni con bisogni di sostegno intensivo, in particolare l'art. 3, comma 4, lett. b) e comma 6, per l'individuazione di forme di assistenza a mezzo di erogazione di servizi territoriali;
- Il D.R.S. n. 2680 del 09/10/2024, con il quale, sulla base del censimento numerico dei minorenni riferito all'anno 2020, l'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro – Dipartimento della Famiglia e delle Politiche Sociali ha suddiviso tra i Distretti Socio-Sanitari dell'isola il Fondo per la Non Autosufficienza (F.N.A. - STATO) annualità 2019, assegnando a questo Distretto Socio-Sanitario n. 7 l'importo complessivo di **€ 153.892,05** per l'adozione dei piani personalizzati di intervento socio-assistenziale in favore di soggetti **minorenni con disabilità grave** (certificata ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/1992) ;

CONSIDERATO CHE:

- L'accesso alle prestazioni socio-assistenziali, nei limiti delle risorse disponibili, è subordinato all'accertamento dei requisiti da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) dell'A.S.P. n. 1 di Agrigento, che elabora il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), e alla sottoscrizione del relativo Patto di Servizio.
- Il Patto di Servizio si conforma a quanto previsto dal programma attuativo del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza, che individua forme di assistenza diretta e indiretta, secondo la libera scelta del soggetto, ai sensi delle disposizioni contenute nel comma 3 dell'art. 9 della L.R. del 9 maggio 2017 n. 8.

MODALITÀ DI GESTIONE DEI SERVIZI DOMICILIARI EROGATI

1. Assistenza diretta:

- Il servizio è fornito direttamente dal Comune, che si avvale degli enti non profit accreditati in ambito distrettuale per la fornitura di servizi socio-assistenziali domiciliari.
- A ciascun soggetto ammesso sarà assegnato un **“titolo di spesa”**, il cui valore nominale potrà essere speso, per libera scelta, presso uno degli enti accreditati.

2. Assistenza indiretta:

- Il soggetto assegnatario del titolo di spesa, potrà scegliere un **operatore qualificato**, con il quale stipulerà un accordo/contratto nel rispetto della normativa vigente e degli inquadramenti contrattuali (lavoro dipendente o prestazione professionale), anticipandone tutte le spese.
- Il rimborso avverrà su richiesta indirizzata al Distretto SS7, allegando idonea documentazione giustificativa della **spesa**;

NOTA INFORMATIVA:

I **servizi domiciliari** saranno erogati da operatori qualificati, quali Operatori Socio-Assistenziali (OSA), Operatori Socio-Sanitari (OSS) , educatori / assistenti alla comunicazione in relazione alla tipologia di intervento previsto.

Il valore nominale del titolo di spesa sarà determinato in funzione del numero complessivo dei soggetti ammessi al beneficio e delle risorse economiche disponibili.

Il titolo di spesa potrà essere utilizzato esclusivamente per la fruizione dei servizi domiciliari previsti dal presente avviso.

SI RENDE NOTO

Nel Distretto Socio-Sanitario n. 7 gli interessati possono presentare richiesta di attivazione del **Patto di Servizio** al **Comune di residenza della persona minorenne che necessita di sostegno intensivo**.

Il **modello di domanda** è allegato al presente avviso e deve essere compilato e consegnato insieme alla documentazione in esso richiesta.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA (PENA NON AMMISSIBILITÀ):

- Copia (fronte/retro) del documento di riconoscimento e del codice fiscale del richiedente (legale rappresentante del minorenne che necessita di sostegno intensivo: genitore, amministratore di sostegno, tutore legale);
- Copia della **certificazione (con diagnosi) non omissis**, rilasciata ai sensi della **Legge 104/1992, art. 3, comma 3**, (**inserire in busta chiusa**);

MODALITÀ DI PRESENTAZIONE:

La domanda potrà essere presentata **alternativamente** con una delle seguenti modalità:

- Consegna (brevi manu) presso l'Ufficio Protocollo del Comune di residenza della persona che necessita del sostegno intensivo,
- Trasmissione tramite PEC all'indirizzo di posta elettronica certificata o a mezzo raccomandata A/R al Comune di residenza della persona che necessita del sostegno intensivo;

Non saranno prese in considerazione le domande pervenute oltre il termine stabilito o con modalità diverse da quelle sopra indicate.

Il **Comune declina ogni responsabilità** per il mancato o tardivo recapito delle domande, per disguidi postali o telematici, o per qualsiasi altra causa non imputabile direttamente all'Amministrazione.

TERMINE PER LA PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA: ORE 12:00 DEL 15/12/2025

Decorso il termine di presentazione delle domande, **ogni Comune del Distretto Socio-Sanitario n. 7** provvederà, in **autonoma sede istruttoria**, alla verifica della documentazione presentata e alla **redazione dell'elenco dei beneficiari ammessi** al contributo, secondo i criteri stabiliti dal presente avviso.

Per ulteriori informazioni: tel. **0925 20705** o email: **servizioassistenza@comunedisciacca.it**

**Il Dirigente del 3° Settore
Dott. Venerando Rapisardi**