



UNIONE DEI COMUNI "MADONIE"
con sede nel Comune di Petralia Soprana (PA)

AVVISO PUBBLICO

Richiesta attivazione Patto di servizio per soggetti disabili aventi un'età pari o inferiore ai 18 anni

L'Unione dei Comuni "Madonie", nella qualità di soggetto attuatore della Strategia Nazionale Area Interna (SNAI) dell'area prototipale Madonie e segnatamente dell'intervento progettuale denominato **"Rete dei servizi socio-sanitari domiciliari per disabili"** che, consentirà di implementare il sistema dei buoni servizio per favorire l'accesso dei nuclei familiari con soggetti diversamente abili alla rete dei servizi sociosanitari a ciclo diurno, al fine di favorire l'incremento di qualità dei servizi sia in termini di prestazioni erogate che di estensione delle fasce orarie e di integrazione della filiera, in stretto raccordo con i tre Distretti Socio-Sanitari (DSS 33, DSS 35 e DSS 37) che operano sul territorio, ha ritenuto adottare nell'ottica della sussidiarietà, trasparenza, partecipazione e sostegno dell'impegno privato nella funzione sociale, **il sistema dell'accreditamento** attraverso il quale è stata promossa la partecipazione ed il coinvolgimento attivo degli organismi del terzo settore alla prevenzione, eliminazione o riduzione delle situazioni di bisogno e di difficoltà della persona e al raggiungimento degli obiettivi sociali di miglioramento della qualità della vita.

In tal senso, i soggetti disabili aventi un'età pari o inferiore ai 18 anni e residenti nei 21 comuni dell'Area Interna Madonie (Alimena, Bompietro, Castellana Sicula, Gangi, Petralia Soprana, Petralia Sottana, Blufi, Geraci Siculo, Polizzi Generosa, Castelbuono, Collesano, Gratteri, Isnello, Pollina, San Mauro Castelverde, Aliminusa, Caccamo, Caltavuturo, Montemaggiore Belsito, Sclafani Bagni Scillato) possono presentare istanza presso l'Ufficio protocollo del comune di residenza per l'attivazione del **Patto di servizio (secondo quanto disposto dall'art.3 comma 4 lett. b) del D.P. n. 589/2018)** che individua forme di assistenza a mezzo di erogazione di servizi territoriali.

Il modello per la presentazione dell'istanza, che dovrà avvenire entro e non oltre il 15 giugno 2022, può essere ritirato presso gli uffici dei servizi sociali del Comune di residenza del disabile o scaricato dal sito istituzionale della SO.SVI.MA. Spa: www.sosvima.com.

Le istanze dovranno essere corredate da:

- 1) fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario e/o richiedente;
- 2) attestazione ISEE Socio-Sanitario (del capo famiglia) rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati nell'anno 2020;
- 3) verbale della commissione attestante la disabilità e/o documentazione equipollente;
- 4) dichiarazione sostitutiva attestante la presenza delle seguenti informazioni:
 - a) indennità di accompagnamento;
 - b) presenza di altri disabili nel nucleo familiare di convivenza;
 - c) fruizione di voucher assistenziali;



UNIONE DEI COMUNI "MADONIE"
con sede nel Comune di Petralia Soprana (PA)

4) eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato.

A seguito della presentazione della richiesta, si provvederà all'accertamento delle condizioni di dipendenza del grado di non autosufficienza del soggetto disabile da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale e si procederà alla presa in carico del disabile ed all'elaborazione di un piano personalizzato dal quale si evincano eventuali altre forme di assistenza diretta e/o indiretta.

Da ciò ne deriva, al fine di evitare duplicazioni di intervento o sovrapposizioni, l'assegnazione di un budget di progetto dal quale emerga con chiarezza la tipologia di intervento pianificata e le risorse approntate oltre che le risorse di cui è beneficiario il disabile a motivo della sua condizione.

Saranno escluse le istanze pervenute oltre il termine prefissato o non corredate dalla documentazione richiesta.

Le cooperative sociali che hanno positivamente superato la fase di accreditamento sono le seguenti:

COOPERATIVE SOCIALI		
Cooperative	Sede legale	Sede accreditata per l'erogazione al servizio
Coop. Sociale Amanthea	Via Cornelia, 6 Caccamo	Via Roma 142, Caccamo
		Via Dante 128, Caccamo
		Centro Polifunzionale Giovanni Paolo II, Via Messina 2, Montemaggiore Belsito
		Palazzo Bonomo, Pizzetta Giovanni Paolo XXII, Caltavuturo
Armonia Società Cooperativa Società A.R.L.	Via Macello 51, Castelbuono	Piazza San Francesco_ Chiostro San Francesco
Soc. Coop. Primavera IRIS	Via Vincenzo Marchesano,1 Palermo	
	Sededi Polizzi Generosa C/DA Pipitonesnc sede operativa	
Manes società coop. Sociale	Via G.L. Sgadari, 35 Petralia Soprana	Via G.L. Sgadari, 35 Petralia Soprana
Migma Cooperativa sociale	Via Luigi Capitano Giorgi, 3 Bagheria	Via Giacomo Matteotti, 11 -Montemaggiore Belsito
Societate Soc. Coop. Sociale A.R.L.	Via Piave 9, Carini	Locali del Liceo Linguistico di Alimena, Via Frate Umile da Petralia n.4

Petralia Soprana lì, 12 maggio 2022

Il R.U.P.
Dott.ssa Vincenzina Di Girgenti

Allegato "A" AL PATTO DI ACCREDITAMENTO

Spett.le Ufficio di Servizi sociali

del Comune di _____

Oggetto: intervento piano personalizzato - Adesione _____

Il/la sottoscritto/sottoscritta _____ nato /a _____
il _____ residente a _____ via _____
_____ presa visione della carta dei servizi dell'Ente
_____ iscritto al n. _____ del
_____ dell'Albo degli organismi sociali accreditati previsti dal comma 4 dell'art. 1 della legge
328/2000 dell'Unione dei Comuni "Madonie", con la presente

SCEGLIE

L'Ente _____ per l'intervento
denominato _____

ADERISCE

- al piano di assistenza personalizzato proposto dall'Ente

- conformemente alla carta dei servizi ai seguenti servizi migliorativi/aggiuntivi
proposti _____

Comune di _____ lì _____

Per accettazione
firma/famiglia _____



UNIONE DEI COMUNI "MADONIE"
con sede nel Comune di Petralia Soprana (PA)

**ALLEGATO "B" AL PATTO DI ACCREDITAMENTO
PROGRAMMA ASSISTENZIALE PERSONALIZZATO FINALIZZATO ALLA
EROGAZIONE DI VOUCHER - BUONO DI SERVIZIO DI**

Cognome _____ Nome _____

luogo di nascita _____ data di nascita _____

Indirizzo _____ tel. _____

Comune di residenza assistito _____

Sesso: ☐ F ☐ M

Istruzione: ☐ nessun titolo ☐ licenza elementare ☐ scuola media inf./avviamento

☐ scuola professionale ☐ medie superiori

invalidità civile: ☐ si ☐ no ☐

certificazione di cui alla legge 104/1992 art. 3 comma 3 ☐ si ☐ no ☐

certificazione di cui alla legge 104/1992 art. 3 comma 1 ☐ si ☐ no ☐

indennità accompagnamento: si ☐ no ☐

presenza di altri disabili nel nucleo familiare di convivenza ☐ si ☐ no ☐

fruizione di voucher assistenziali ☐ si ☐ no ☐

reddito ISEE (capofamiglia) _____

NUCLEO FAMILIARE DI CONVIVENZA

Parentela	Cognome	Nome	Età	Attività lavorativa	Scolarità



UNIONE DEI COMUNI "MADONIE"
con sede nel Comune di Petralia Soprana (PA)

RETE FAMILIARE E SOCIALE DI SUPPORTO PRESENTE

Cognome e Nome	Età	Relazione	Recapito telefonico	Note

A- Obiettivi e i risultati che si intendono raggiungere

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

B- Prestazioni richieste

☐ Frequenza di centri diurni e di incontro;

☐ Frequenza di centri socio-culturali diurni integrati sia di persone autosufficienti che con problemi fisici, psichici e sociali anche a sollievo delle famiglie;

☐ Servizio di trasporto presso centri socio-rieducativi e di aggregazione sociale;

☐ Attività ludico-ricreative, teatrali e sportive, anche ad integrazione personale e sociale ed a sostegno dell'inserimento sociale;

- Altro _____;

C- Figure professionali impegnate

☐ _____

☐ _____

☐ _____

Altro _____

E- Servizi socio assistenziali usufruiti



UNIONE DEI COMUNI "MADONIE"
con sede nel Comune di Petralia Soprana (PA)

Durata del programma_____ Valutazione_____

Strumenti: _____

Referente Servizio Sociale del Comune

(Firma)

Utente beneficiario

(Firma)

Referente Familiare

(Firma per approvazione e sottoscrizione)

Allegato "C" AL PATTO DI ACCREDITAMENTO

Spett.le Unione dei Comuni "Madonie"
per il tramite del Servizio Sociale del Comune di Residenza

Oggetto: intervento denominato _____

Dichiarazione sulla correttezza del servizio reso

Il/la sottoscritto/sottoscritta _____ nato /a _____
il _____ residente a _____ via _____
_____ in qualità di Utente beneficiario del servizio
denominato _____ oppure Familiare dell'utente (nome e
Cognome) _____
nato a _____ il _____
residente a _____
in Via/piazza _____

DICHIARA

che l'Ente _____ ha prestato il servizio
in oggetto nel periodo di _____ consistente nelle prestazioni di _____ e per
n. _____ ore complessive pari a _____ in favore del proprio familiare con
correttezza e puntualità.

_____ li _____

il Dichiarante
