

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
TEL 095/7199521 MAIL: DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19@GMAIL.COM
PEC: comune.gravina-di-catania@legalmail.it

ALLEGATO A
ALLA DETERMINA N. 172 DEL 25/03/2026

DISABILITÀ GRAVE
DECRETO PRESIDENTE DELLA REGIONE 589-2018

AVVISO PUBBLICO 2026

PER LA PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE PER LA PREDISPOSIZIONE DEL PATTO DI SERVIZIO PER I SOGGETTI IN POSSESSO DELLA CERTIFICAZIONE DI CUI ALLA LEGGE 104/1992 ART. 3 CO. 3 E DAL D.LGS. 3 MAGGIO 2024, N. 62 E SS. MM. E II. (SECONDO QUANTO DISPOSTO DALL'ART. 3 COMMA 4 LETT. B DEL D.P.R.S. N. 589/2018) CHE INDIVIDUI FORME DI ASSISTENZA DA RENDERSI A FAVORE DEI DISABILI GRAVI, TRAMITE LA VALUTAZIONE DA EFFETTUARSI PER MEZZO DELL'UNITÀ DI VALUTAZIONE DEL DISTRETTO SANITARIO DI GRAVINA DI CATANIA

SI RENDE NOTO

che sono aperti i termini per la presentazione delle istanze dei residenti del Distretto Socio Sanitario 19, Comuni di Gravina di Catania, San Gregorio di Catania, Mascalucia, Tremestieri Etneo, San Giovanni La Punta, Valverde, Viagrande, Trecastagni, Pedara, Nicolosi, Camporotondo, San Pietro Clarenza, Sant'Agata Li Battiati, disabili gravi ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge n. 104/92 e ss. mm. e ii., esclusivamente:

- per i nuovi soggetti affetti da disabilità grave in possesso della certificazione di cui alla legge 104/1992 art. 3 c. 3; Gli interessati o loro rappresentanti legali o caregiver possono presentare istanza presso il proprio comune di residenza **entro il 17 aprile 2026**.

Non hanno diritto alle prestazioni di cui al D.P.R.S. N. 589/2018 i soggetti beneficiari della Prestazione Universale (INPS) istituita con Decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29, recante "Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33".

L'accesso alle prestazioni socio-assistenziali e socio sanitarie e non sostitutivi di quelli sanitari, nei limiti dello stanziamento di Bilancio Regionale e del trasferimento FNA è subordinato alla verifica delle condizioni di non autosufficienza del soggetto disabile grave da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (socio-sanitaria) e all'elaborazione di un progetto dal quale si evinca la totalità delle prestazioni sanitarie e sociali già erogate a favore del soggetto, anche al fine di evitare sovrapposizioni o duplicazioni. Da ciò deriva la successiva sottoscrizione del Patto di Servizio, anno 2026, all'interno del quale verranno individuate le prestazioni erogate o erogabili al beneficiario, nei limiti delle risorse disponibili. L'amministrazione comunale provvederà ad effettuare il controllo dei dati forniti da ciascun richiedente a mezzo delle competenti autorità.

L'istanza e il patto di servizio, da presentare nei Comuni di residenza, **entro e non oltre il 17 aprile 2026** possono essere ritirati presso gli uffici relazione con il pubblico e/o servizi sociali del Comune di residenza della persona con disabilità, o scaricate dal sito del Comune di residenza o dal Capofila. L'istanza dovrà essere corredata da:

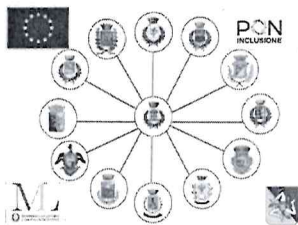
- 1) copia del documento di riconoscimento
- 2) la certificazione ISEE socio sanitario (fatta eccezione per i soggetti minorenni) rilasciata dagli uffici ed organismi abilitati in corso di validità. **Ai disabili gravi adulti che producano un Isee pari o superiore a € 25.000,00 le prestazioni saranno ridotte del 30%;**
- 3) verbale della commissione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n. 104/92, da presentare in busta chiusa;
- 4) Patto di servizio firmato e compilato ad esclusione del punto tre (3)

Non verranno accolte le istanze presentate oltre il termine stabilito e successivamente verranno definiti i PAI secondo le modalità.

Gravina di Catania 25 marzo 2026

f.to Distretto Socio-sanitario 19
Responsabile UAS Piano di Zona
Dott.ssa Giuseppa Scalia

f.to Sindaco del Comune Capofila DSS 19
Comune di Gravina di Catania
Avv. M. Giammusso



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
TEL 095/7199521 MAIL: DISTRETTOSOCIOSANITARIO19@GMAIL.COM
PEC: comune.gravina-di-catania@legalmail.it

ALLEGATO B
ALLA DETERMINA N. 172 del 25/03/2026

MODELLO DI DOMANDA

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

Al Comune di _____
Ufficio di Servizio Sociale
SEDE

Il/La Sottoscritto/a _____

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, dichiara di essere:

nato/ a _____ il _____

di essere residente a _____ in via _____

n. _____ codice fiscale _____ tel. _____

cellulare _____ e-mail _____

in qualità di beneficiario/persona autorizzata alla rappresentanza del disabile a norma di legge
(specificare il titolo) _____

CHIEDE PER IL

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

Sig./ra _____

Nato/ a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

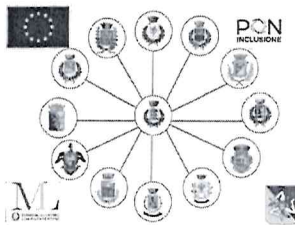
cod. fiscale _____ tel. _____ cell. _____

e-mail _____

la predisposizione del Patto di Servizio ai sensi dell'art. 3, comma 4 lettera b) del D.P.R.S: n. 589/2018

A TAL FINE DICHIARA

- 1) Che il beneficiario è persona disabile grave non autosufficiente ai sensi dell'art. 3 c. Legge 5/02/1992, n. 104;
- 2) Di aver preso visione dello schema di Patto di servizio, allegato alla presente istanza



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19 - GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO SPECIALE PIANO DI ZONA
TEL 095/7199521 MAIL: DISTRETTOSOCIOSANITARIO19@GMAIL.COM
PEC: comune.gravina-di-catania@legalmail.it

3) Di non essere percettore di Prestazione Universale istituita con Decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29 e di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione rilevante ai fini della percezione delle prestazioni.

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente se diverso dal beneficiario;
- Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore/tutore, curatore o delegato;
- Schema del patto di servizio compilato e firmato ad esclusione del punto tre

Allega, altresì, 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;
- la certificazione ISEE o ISEE socio sanitario se adulto, in corso di validità

La Sig.ra/il Sig. _____ autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi della vigente normativa sulla tutela della privacy, che qui si intende interamente richiamata.

IL RICHIEDENTE
