



## COMUNITA' MONTANA "MONTAGNA MARSICANA"

### SERVIZIO SOCIALE

Prot. n.136/RIS

Avezzano, 17 GEN 2017

Oggetto: ANNUALITA' 2018-L.R. 23 novembre 2012, n.57 recante "Interventi Regionali per la Vita Indipendente". Comunicazioni.

AFFISSO ALL'ALBO PRETORIO

IL 17 GEN. 2018 N. 54

Ai Sindaci dei Comuni  
della Comunità Montana  
Montagna Marsicana  
Ambiti Distrettuale n.2 Marsica 1

Al Presidente del Consorzio  
"RE.SE.T. Rete Servizi Territoriali"  
Via Sandro Pertini,  
67051 - AVEZZANO (AQ)  
Fax n. 0863/413645

Al Presidente  
Dell'Associazione ANFFAS Onlus  
67051 Avezzano (AQ)  
[anffasaz@virgilio.it](mailto:anffasaz@virgilio.it)

Al Presidente  
Dell'Associazione di Volontariato onlus  
Tribunale per la Difesa del Malato  
C/o il P.O. di Avezzano snc  
Zona Tre Conche  
67051 Avezzano (AQ)  
Fax n. 0863/1941040  
[tdmavezzano@libero.it](mailto:tdmavezzano@libero.it)

In riferimento alla legge di cui all'oggetto, si comunica il termine ultimo per la presentazione delle domande di VITA INDIPENDENTE come ogni anno scade il 31/01/2018, si trasmette in allegato modello della domanda da presentare entro detto termine, pena la decadenza dal beneficio ed estratto linee guida della Regione.(da Pubblicare all'Albo)-

Si precisa che le domande protocollate presso i Comuni dovranno essere inviate a questo Ente per la relativa istruttoria.

I requisiti per l'accesso al beneficio sono: ISEE non superiore ad euro 20.000,00 - possesso del certificato L. 104/92 art.3 comma 3- età da 18 a 67.

Per eventuali informazioni e chiarimenti contattare l'ufficio sociale dell'Ente.

Ringraziando per la collaborazione, si porgono cordiali saluti.



Il Responsabile del Servizio  
P.A. Donato Rizio

Via Monte Velino, 61 - 67051 AVEZZANO (AQ) - Tel. 0863/22143 - 25244 - Fax 0863/440571  
Cod. Fiscale e P.I. 01842400663

Allegato A)

All'Ente Ambito Territoriale Sociale n. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'assegnazione del contributo di cui alla L.R. 23 novembre 2012, n. 57 "INTERVENTI REGIONALI PER LA VITA INDIPENDENTE"

**DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di:

- ☐ Familiare  
☐ Tutore  
☐ Amministratore di sostegno  
☐ Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'assegnazione del contributo di cui alla L.R. 23 novembre 2012, n. 57 "INTERVENTI REGIONALI PER LA VITA INDIPENDENTE"

a favore di: Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_



## PROGETTO PERSONALIZZATO

| Composizione nucleo familiare |                    |                 |
|-------------------------------|--------------------|-----------------|
| Nominativo                    | Grado di parentela | Data di nascita |
|                               |                    |                 |
|                               |                    |                 |
|                               |                    |                 |
|                               |                    |                 |
|                               |                    |                 |

| Attuale situazione occupazionale del titolare del progetto |                                           |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Studente                          | <input type="checkbox"/> Lavoratore/trice |
| <input type="checkbox"/> Disoccupato/a                     | <input type="checkbox"/> Pensionato/a     |
| <input type="checkbox"/> Altro                             |                                           |



| Attuale situazione abitativa del titolare del progetto: |                                      |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Da solo                        | <input type="checkbox"/> In famiglia |
| <input type="checkbox"/> In comunità                    | <input type="checkbox"/> Altro       |

| Usufruisce dei seguenti servizi: |
|----------------------------------|
|----------------------------------|

| Tipologia                                                                     | Pub. | Pri. | Con. | Tem. | Ore settimanali |
|-------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Servizio assistenza domiciliare (AD)                 |      |      |      |      |                 |
| <input type="checkbox"/> Assistenza infermieristica                           |      |      |      |      |                 |
| <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare integrata (ADI)               |      |      |      |      |                 |
| <input type="checkbox"/> Servizio di aiuto alla persona                       |      |      |      |      |                 |
| <input type="checkbox"/> Assegno di cura                                      |      |      |      |      |                 |
| <input type="checkbox"/> Trasporto                                            |      |      |      |      |                 |
| <input type="checkbox"/> Buoni servizi                                        |      |      |      |      |                 |
| <input type="checkbox"/> Disponibilità di obiettori di coscienza/volontariato |      |      |      |      |                 |



Breve descrizione degli obiettivi e del progetto di Vita Indipendente



1. Obiettivi di vita autonoma:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

2. Azioni ed interventi richiesti:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

3. Risultati attesi:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



In particolare i bisogni riguardano le seguenti aree

Area autonomia personale

- |                                                       |                                                         |                                                |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> alzarsi dal letto            | <input type="checkbox"/> uso del wc                     | <input type="checkbox"/> lavarsi il viso       |
| <input type="checkbox"/> lavarsi le mani              | <input type="checkbox"/> lavarsi i capelli e pettinarsi | <input type="checkbox"/> igiene intima         |
| <input type="checkbox"/> fare il bagno o doccia       | <input type="checkbox"/> vestirsi o spogliarsi          | <input type="checkbox"/> assistenza notturna   |
| <input type="checkbox"/> semplici interventi sanitari | <input type="checkbox"/> gestione catetere              | <input type="checkbox"/> gestione degli ausili |
| <input type="checkbox"/> coricarsi                    | <input type="checkbox"/> mangiare, bere                 | <input type="checkbox"/> altro                 |

Area autonomia domestica

- |                                                        |                                            |                                        |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> pulire la casa                | <input type="checkbox"/> preparare i pasti | <input type="checkbox"/> fare la spesa |
| <input type="checkbox"/> gestire la presenza di ospiti | <input type="checkbox"/> altro             |                                        |

Area autonomia socio-lavorativa

- |                                                                        |                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> spostarsi in carrozzina fuori dell'abitazione | <input type="checkbox"/> guida del mezzo a disposizione                |
| <input type="checkbox"/> utilizzo dei mezzi pubblici accessibili       | <input type="checkbox"/> partecipazione attività culturali             |
| <input type="checkbox"/> attività relativa al tempo libero             | <input type="checkbox"/> disbrigo di pratiche burocratiche             |
| <input type="checkbox"/> utilizzo strumenti informatici                | <input type="checkbox"/> accompagnamento fuori casa                    |
| <input type="checkbox"/> assistenza sul posto di lavoro                | <input type="checkbox"/> assistenza in ambito scolastico/universitario |
| <input type="checkbox"/> attività sportive                             | <input type="checkbox"/> attività culturali                            |
| <input type="checkbox"/> attività di tempo libero                      | <input type="checkbox"/> viaggi                                        |

Assistenza personale

n. \_\_\_\_\_ ore settimanali, per n. \_\_\_\_\_ settimane. Totale complessivo ore \_\_\_\_\_

Periodo in cui viene realizzato l'intervento: dal mese di \_\_\_\_\_ al mese di \_\_\_\_\_

Assunzione dell'assistente familiare

(barrare solo una delle due caselle)

- ☐ avvenuta in data \_\_\_\_\_ (è obbligatorio allegare copia del contratto di lavoro);
- ☐ si garantisce la regolare assunzione, mediante contratto da presentare successivamente, dopo la comunicazione di ammissione al contributo, da parte dell'ATS (Ambito Territoriale Sociale).

Costo complessivi del progetto:

€ \_\_\_\_\_

Eventuale contributo della famiglia o di terzi:

€ \_\_\_\_\_

Totale richiesta finanziamento:

€ \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a, informato/a ai sensi dell'art.13 D. Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti necessari per l'istruttoria della pratica sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione e che gli stessi saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D. Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di segreteria dell' Ente di Ambito Sociale:

- Si impegna a comunicare all'EAS l'eventuale ricovero del diretto interessato
- Allega alla presente domanda:
  - ☐ Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE);
  - ☐ Certificazione ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92;
  - ☐ Certificato di invalidità al 100% e indennità di accompagnamento;
  - ☐ Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del richiedente.
- Dichiaro, in caso di ammissione a finanziamento, di rinunciare ad ogni altra forma di contribuzione economica disposta dalla Regione Abruzzo.

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs..

Modalità di pagamento

BANCA \_\_\_\_\_ Agenzia \_\_\_\_\_

Conto corrente n° \_\_\_\_\_ Intestato a: \_\_\_\_\_

Codice IBAN : \_\_\_\_\_

Conto Corrente Postale n° \_\_\_\_\_ Intestato a \_\_\_\_\_

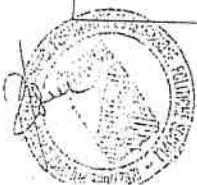
Codice IBAN : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Data e firma)

Consenso al trattamento dei dati sensibili

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, ai sensi del D. Lgs. 30.06.2003 n. 196, autorizza il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente per l'assolvimento degli obblighi previsti dalle leggi e dai regolamenti comunali in materia.

\_\_\_\_\_  
(Data e firma)





ALLEGATO A

**L.R. 23.11.2012, N. 57 "INTERVENTI REGIONALI PER  
LA VITA INDIPENDENTE"  
LINEE GUIDA**

**Art. 1 - Obiettivi e finalità**

1. Per "vita indipendente", nell'ambito delle presenti linee-guida, si intende libertà di scelta nonostante la disabilità.
2. Attraverso i Piani personalizzati di "vita indipendente" si garantisce alla persona con grave disabilità il diritto all'autodeterminazione della propria esistenza.
3. Base fondamentale di ogni progetto di "vita indipendente" è l'assistenza personale.
4. È una modalità di servizio innovativa che si differenzia notevolmente dalle forme assistenziali tradizionali ed è una concreta alternativa al ricovero in qualunque tipo di struttura, a favore della domiciliarità.
5. L'assistenza personale autogestita permette di vivere a casa propria e di organizzare la propria vita, come fanno le persone senza disabilità e consente alle famiglie di essere più libere da obblighi assistenziali.

**Art. 2 - Destinatari**

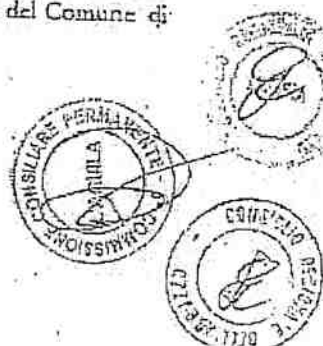
1. Gli interventi per la "vita indipendente" di cui alle presenti linee guida sono rivolti esclusivamente alle persone di età compresa tra i 18 e i 67 anni con disabilità in situazioni di gravità, come individuate ai sensi dell'articolo 2 della L. R. 23 novembre 2012, n.57 (Interventi regionali per la vita indipendente).

**Art. 3 - Tipologia dell'intervento**

1. I progetti di "vita indipendente", in quanto finalizzati al raggiungimento della piena autonomia personale, non devono essere interpretati come interventi di sostegno al nucleo familiare, né come interventi sostitutivi dell'attività di assistenza tutelare, tanto meno come interventi di carattere sanitario di competenza infermieristica o riabilitativa.
2. La persona con disabilità sceglie autonomamente il proprio assistente personale, che può essere anche un familiare, ed è tenuta a regolarizzare il rapporto di lavoro nel rispetto delle forme contrattuali previste dalla normativa vigente.
3. La titolarità e la responsabilità nella scelta, nella formazione e nella gestione del rapporto di lavoro dell'assistente personale è esclusivamente del richiedente o legale rappresentante.

**Art. 4 - Organizzazione del servizio**

1. Il servizio di assistenza personale è reso, attraverso l'attuazione di programmi di aiuto gestiti direttamente dalla persona, sulla base di progetti personalizzati presentati con cadenza annuale dai destinatari agli Enti d'ambito sociale di riferimento, anche per il tramite del Comune di residenza.





2. Il richiedente identifica un monte ore mensile ed annuale di assistenza personale, ad un costo orario come disciplinato dai vigenti contratti collettivi di lavoro.
3. I beneficiari, per l'attuazione dei programmi di aiuto, hanno facoltà di scegliere i propri assistenti direttamente o indirettamente, per mezzo di organismi fiduciari. Nel caso di scelta diretta degli assistenti personali, i destinatari sono tenuti in proprio a regolamentare il rapporto di lavoro mediante la stipula di contratto ai sensi della normativa vigente.
4. Sono a carico di ciascun destinatario, per quanto non diversamente previsto da leggi nazionali, gli oneri previdenziali ed assicurativi nei confronti dell'assistente personale.
5. A tale scopo il beneficiario per la realizzazione del progetto, ha facoltà di scegliere i propri assistenti personali direttamente o indirettamente mediante istruzione di un regolare rapporto di lavoro anche per mezzo di organismi fiduciari, sollevando il Comune o l'Ente d'Ambito Territoriale Sociale (ATS) interessato, da ogni onere e responsabilità relativamente all'inosservanza di disposizioni di legge.
6. Gli Enti d'Ambito Territoriale Sociale, successivamente alle istanze presentate dai soggetti interessati e corredate del progetto personalizzato, attivano le Unità di valutazione multidisciplinare (UVM) del Distretto sanitario territorialmente competente, le quali sono tenute a valutare il progetto personalizzato presentato, nonché a verificare l'indice di gravità del bisogno, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, lettere a), b), c) e d) della L.R. 57/2012.
7. Il richiedente partecipa alla valutazione del suo progetto e alle determinazioni assunte dall'UVM.
8. Gli Enti d'Ambito Territoriale Sociale, entro il 31 marzo di ciascun anno, trasmettono, alla competente Direzione Regionale, le richieste di finanziamento degli aventi titolo, verificate e valutate positivamente dalle UVM del Distretto sanitario competente per territorio corredate della documentazione di cui all'art. 9 della LR n.57 del 23 novembre 2012.
9. L'importo mensile, relativo all'assegno per l'assistenza personale, è determinato dal livello di intensità assistenziale stabilito dalla UVM territorialmente competente.
10. L'assegno viene erogato sino a revoca ed è compatibile con l'erogazione di altre prestazioni di assistenza domiciliare fornite dagli enti preposti nonché con i sussidi e le indennità previsti dalle vigenti leggi, eccetto che per l'assegno di cura o altra contribuzione afferente all'area della non autosufficienza.
11. Il soggetto ha facoltà di rinunciare in qualsiasi momento all'assegno per avvalersi esclusivamente dell'assistenza fornita direttamente dagli Enti d'Ambito Territoriale Sociale preposti dandone comunicazione agli Enti stessi.

#### Art. 5 - Assistente personale

1. L'assistente personale è un operatore che si prende cura della persona disabile, contribuendo a sostenere e promuovere l'autonomia e il benessere psico-fisico della persona e del suo contesto di riferimento.
2. L'assistente personale, che interviene a favore della persona disabile fisica e/o sensoriale, può prestare la sua opera non solo a domicilio, ma anche presso la sede di lavoro del disabile e/o durante il tempo libero, in base alle indicazioni del beneficiario, suo diretto datore di lavoro.

#### Art. 6 - Attività svolte dall'assistente personale

1. Le attività svolte dall'assistente personale possono riguardare tutti gli ambiti della vita della persona come ad esempio:
  - a) cura dell'igiene personale anche nell'espletamento di tutte le funzioni fisiche, supporto alla vestizione, anche per uscire di casa;
  - b) gestione della persona a letto e sua mobilitazione (alzarla, farla camminare, metterla a sedere);
  - c) supporto alla persona nell'esecuzione delle terapie fisiche prescritte (p.es. ginnastica e fisioterapia);



- d) supporto all'applicazione delle terapie medico-sanitarie prescritte, anche attraverso la somministrazione dei farmaci nelle modalità indicate da chi di competenza (il medico);
- e) accompagnamento della persona in uscite all'esterno, anche per abitare piccole commissioni (p.es. posta, spesa...) o recarsi presso i servizi socio-sanitari del territorio (p.es. per fare esami, sbrigare pratiche, prendere appuntamenti, portare documentazione,...);
- f) realizzazione di attività per gestire la giornata della persona, favorire la socializzazione e il mantenimento dell'autonomia (p.e. uscire, tenere compagnia alla persona, ascoltare, parlare, guardare la TV, leggere).



#### Art. 7 - Contesto e profilo della figura

1. L'assistente personale opera autonomamente o tramite un rapporto di lavoro dipendente (p. es. cooperativa, società o committente del servizio), in regime di convivenza o a ore, presso il domicilio della persona disabile.
2. Tipologia, modalità e tempi di realizzazione dell'attività, sono definiti contrattualmente tra il beneficiario e l'assistente personale.
3. Gli assistenti personali sono tenuti ad una stretta riservatezza su tutto ciò che vengono a conoscere della vita privata del soggetto e possono comunicarlo ad altri, solo previa autorizzazione espressa del medesimo.

#### Art. 8 - Modalità di richiesta di finanziamento

1. L'assistenza personale autogestita è realizzata attraverso l'attuazione del progetto personalizzato, redatto su appositi moduli predisposti dalla Direzione Regionale competente, presentato dalla persona interessata così come individuata all'art.2 della L. R. 23 novembre 2012, n.57 nonché dal rappresentante legale del predetto soggetto nel caso di disabile psico-relazionale, con cadenza annuale, entro il 31 gennaio di ciascun anno, agli enti d'ambito sociale di riferimento, anche per il tramite del Comune di residenza, nel rispetto delle risorse disponibili nel bilancio regionale. Solo in fase di prima applicazione, le istanze e i relativi progetti possono essere presentati entro 30 giorni dalla pubblicazione delle presenti linee guida sul BURAT. Di conseguenza, su richiesta dell'Ente d'ambito sociale interessato, la Direzione della Giunta Regionale competente in materia di politiche sociali può concedere una proroga di giorni 30 per la trasmissione della richiesta di finanziamento.
2. Gli enti d'ambito sociale, entro 10 giorni dalla ricezione delle istanze e dei progetti presentati dai soggetti interessati attivano, le UVM, del Distretto sanitario competente per territorio, per la valutazione e la verifica dei progetti stessi.
3. I progetti inviati sono valutati dall'equipe multidisciplinare in base ai criteri di cui all'art. 5 e all'articolo 8, comma 1, lettere a), b), c) e d) della L.R. 57/2012, entro 30 giorni dalla comunicazione inoltrata dagli enti d'ambito sociale di cui al punto precedente. Nella valutazione dei progetti la persona con disabilità che ha fatto richiesta di assistenza personale è parte integrante dell'equipe multidisciplinare.
4. Gli enti d'ambito sociale, successivamente alla valutazione comunicata dagli UVM, inviano, entro il 31 marzo di ciascun anno, la richiesta di finanziamento alla Direzione della Giunta regionale competente in materia di politiche sociali.
5. Ai fini dell'ammissibilità al finanziamento, le richieste sono corredate da:
  - a) descrizione dei progetti individualizzati di assistenza personale autogestita;
  - b) indicazione del finanziamento richiesto per ciascun progetto, nonché di quello complessivamente richiesto per tutti i progetti;
  - c) indicazione di eventuale cofinanziamento mediante fondi propri dell'ente richiedente;
  - d) definizione del numero e individuazione degli utenti destinatari;
  - e) dichiarazione di possesso, da parte del soggetto richiedente, della certificazione idonea a comprovare lo stato di disabilità grave.

#### Art. 9 - Definizione del livello di intensità assistenziale e determinazione del finanziamento individuale

