

**anagrafe@comune.montevidoncorrado.fm.it**

---

**Da:** "ambito19 fermo" <ambito19@comune.fermo.it>  
**Data:** mercoledì 30 dicembre 2020 14:18  
**Allega:** Allegato A \_domanda VITA INDIPENDENTE.pdf; AVVISO PER LA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE VITA INDIPENDENTE.pdf  
**Oggetto:** PROGETTO VITA INDIPENDENTE \_D.L. 34/2020 c.d. "decreto rilancio"

Gent.mi

si invia in allegato l'Avviso per la manifestazione di interesse a presentare la domanda di partecipazione al progetto "Vita Indipendente Ministeriale" D.L. 34/2020 c.d. "decreto rilancio".

<https://www.ambitosociale19.it/it/news-eventi/art/223-vita-indipendente/>

Si prega di prenderne visione e di darne massima diffusione.

Cordiali Saluti.

Ufficio di Coordinamento  
Ambito Territoriale Sociale XIX



## AVVISO PER LA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

### A PRESENTARE LA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL PROGETTO "VITA INDIPENDENTE MINISTERIALE" D.L. 34/2020 c.d. "decreto rilancio"

Ai sensi dell'art. 104, comma 1 del Decreto Legge 19 Maggio 2020, convertito in legge 17 luglio 2020 n. 77 sono state assegnate ulteriori risorse al "Fondo per le non autosufficienze" di cui € 20 milioni destinati alla realizzazione dei progetti per la Vita Indipendente.

Per "Vita Indipendente" si intende il diritto per le persone adulte con disabilità grave, individuate ai sensi dell'articolo 3 comma 3 della legge 104/1992, di poter vivere come chiunque avendo la capacità di prendere decisioni riguardanti la propria vita e di svolgere attività di propria scelta.

Ciò che caratterizza l'intervento di vita indipendente da altre azioni più di carattere assistenziale è l'autodeterminazione nella gestione della propria esistenza in tutte le sue espressioni che consente alla persona con disabilità di superare il ruolo di "mero frutto di cure" per diventare "soggetto attivo" e protagonista della propria vita.

L'avviso ha lo scopo di individuare i potenziali beneficiari del contributo creando una graduatoria unitaria scaturita sulla base delle valutazioni effettuate dall'Unità Multidisciplinare dell'Età Adulta - DSM e utilizzando le griglie di valutazione dei Progetti personalizzati di Vita indipendente così come stabilite dalla Regione Marche con DGR 1696/2018.

#### 1 AREA DI INTERVENTO

Il finanziamento è finalizzato a supportare i costi dell'Assistente Personale, comprensivo degli oneri assicurativi e previdenziali e dei costi amministrativi connessi al contratto di assunzione. L'Assistente Personale viene liberamente scelto dall'utente e assunto mediante regolare contratto tra le parti.

Gli Ambiti e per essi i Comuni capofila, risultano pertanto estranei a qualsiasi rapporto di lavoro intercorrente tra beneficiari e assistenti selezionati.

L'assistente personale è un operatore che si prende cura della persona con disabilità contribuendone a sostenerne il suo benessere psico-fisico; agisce secondo quanto previsto nel "Progetto Personalizzato di Vita Indipendente" redatto dalle Unità Multidisciplinari dell'Età Adulta /DSM dell'Area Vasta 4 e condiviso con la persona con disabilità, al fine di mantenere e/o migliorare la propria autonomia.

L'assistente personale supporta la persona con disabilità in tutte le sue esigenze che possono riguardare i diversi ambiti della vita: cura della persona, ambito domestico, studio, formazione e lavoro, attività ricreative e sportive, partecipazione alla vita sociale, civile e di comunità.

Nel caso in cui la scelta, cada su un assistente dipendente di un'impresa profit o no-profit la persona con disabilità dovrà sottoscrivere direttamente con l'impresa un contratto per la fornitura del servizio di assistenza.



## 2 DESTINATARI E REQUISITI DI ACCESSO

Il soggetto destinatario deve essere in possesso dei seguenti requisiti:

- a aver compiuto 18 anni di età alla data di scadenza dell'avviso pubblico;
- b essere in condizione di gravità così come definita dall'art. 3 c. 3 della L. 104/92;
- c essere residente in uno dei Comuni degli Ambiti Territoriali Sociali XIX e XX
- d essere in permanente grave limitazione dell'autonomia personale non derivante da patologie strettamente connesse a processi di invecchiamento
- e con livelli di intensità del bisogno assistenziale limitativo dell'autonomia personale, non superabile attraverso la fornitura di sussidi tecnici, informatici, protesi, o altre forme di sostegno rivolte a facilitare l'autosufficienza;
- f essere in grado di esprimere la propria capacità di autodeterminazione e la volontà di gestire in modo autonomo la propria esistenza e le proprie scelte;
- g non essere già inserito in percorsi attivi di Vita Indipendente finanziati con Fondi regionali o Ministeriali.

La partecipazione a progetti di Vita indipendente è alternativa ai contributi regionali concessi per:

- Disabilità gravissime;
- SLA;
- Assegno di cura;

Qualora venga ammesso a contributo, il Progetto Personalizzato, sarà necessario scegliere a quale canale di contribuzione accedere.

## 3 MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA:

La domanda per la partecipazione al progetto di “Vita Indipendente Ministeriale”, debitamente compilata e sottoscritta dal richiedente, corredata da tutti gli allegati nella stessa indicati, dovrà essere presentata al Comune capofila dell'Ambito di riferimento (Porto Sant'Elpidio e Fermo) su apposito modello (All. A) ed inviata attraverso una delle seguenti modalità:

- spedizione per Posta Elettronica Certificata avendo cura di indicare nell'oggetto la dicitura **“Domanda di partecipazione al progetto Vita indipendente ministeriale - d.l. 34/2020 c.d. “decreto rilancio”**. In questo caso farà fede la data di avvenuta ricezione, attestata rispettivamente dalla ricevuta di accettazione e dalla ricevuta di avvenuta consegna fornite dal gestore di posta elettronica ai sensi dell'art. 6 del DPR 11 febbraio 2005, n.68.
- a mano presso l'ufficio protocollo del proprio ATS. La data di presentazione sarà comprovata dal timbro apposto a cura dell'ufficio stesso;
- tramite posta raccomandata A/R (farà fede il timbro postale).

La domanda dovrà essere inserita all'interno di una busta chiusa recante all'esterno la dicitura:  
**Domanda di partecipazione al progetto Vita indipendente ministeriale - d.l. 34/2020 c.d. “decreto rilancio”**

Il presente avviso nonché la domanda di manifestazione di interesse All. A sono reperibili presso:

- le sedi dei Comuni degli A.T.S. 20 e 19
- siti istituzionali:

ATS 20 <https://www.elpinet.it/> - <http://www.ambito20.it/>  
ATS 19 <https://www.comune.fermo.it/it/> - <https://www.ambitosociale19.it/>



**RECAPITI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA:**

**Per i residenti Ambito Sociale Territoriale XX**  
(Porto Sant'Elpidio, Sant'Elpidio a Mare, Monte Urano)

**PEC:** psesociali@pec.elpinet.it  
**CONSEGNA A MANO** (previo appuntamento) presso UFFICIO SERVIZI SOCIALI – primo piano Villa Murri - Porto Sant'Elpidio  
**INDIRIZZO SPEDIZIONE RACCOMANDATA A/R:** Via Umberto I<sup>o</sup> 485 - 63821 Porto Sant'Elpidio (FM)  
**Per ulteriori informazioni:** e-mail sonia.bordoni@elpinet.it o chiamare 0734.908332 dal Lunedì al Sabato dalle ore 9.00 alle ore 12.30

**Per i Residenti Ambito Sociale Territoriale XIX**

(Altidona, Belmonte Piceno, Campofilone, Falrone, Francavilla d'Ete, Grottazolina, Lapedona, Magliano di Tenna, Massa Fermana Monsampietro Morico, Montappone, Monte Giberto, Montegiorgio, Montegranaro, Monteleone di Fermo, Monte Rinaldo, Monterubbiano, Monte San Pietrangeli, Monte Vidon Combatte, Monte Vidon Corrado, Montottone, Moresco, Ortezzano, Pedaso, Petritoli, Ponzano di Fermo, Porto San Giorgio, Rapagnano, Servigliano, Torre San Patrizio)

**PEC:** coordinatore@pec.ambitosociale19.it  
**CONSEGNA A MANO** presso UFFICIO PROTOCOLLO: Comune di Fermo Via Mazzini, 4 – 63900 Fermo  
**INDIRIZZO SPEDIZIONE RACCOMANDATA A/R:** P.zza Azzolino 18, – 63900 Fermo  
**Per ulteriori informazioni:** [ambito19@comune.fermo.it](mailto:ambito19@comune.fermo.it) o chiamare il numero 0734/603167 negli orari di apertura degli uffici

Non sono ammissibili le domande presentate oltre i termini o con modalità diverse da quelle sopra indicate.

L'Ente non si assume alcuna responsabilità per eventuali disguidi postali, dei sistemi informatici, o comunque imputabili a terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

**LA SCADENZA PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE È FISSATA PER IL GIORNO**  
**23/01/2021**

La manifestazione di interesse deve essere **corredata obbligatoriamente**, pena l'esclusione, dalla seguente documentazione:

- a. All. A "Domanda di partecipazione al progetto "vita indipendente ministeriale"
- b. copia di un valido documento di identità del destinatario dell'intervento e, nel caso di domanda presentata da un tutore/curatore/amministratore di sostegno, anche della persona richiedente;
- c. copia del verbale dell'accertamento dell'handicap con il riconoscimento della condizione di gravità (art. 3 c.3 L. 104/92);
- d. se la domanda è richiesta dal soggetto che ha la tutela del beneficiario (amministratore di sostegno, tutore, curatore) va allegato il decreto di nomina.



#### 4. PRESENTAZIONE DEI PROGETTI PERSONALIZZATI

Ciascun Ambito provvederà ad inoltrare la domanda alle Unità Multidisciplinari Età Adulta/DSM dell'Area Vasta 4 di riferimento, che contatteranno gli interessati per la stesura congiunta del Progetto Personalizzato di Vita indipendente.

Ai sensi dell'art. 5 della L.R. n. 21 /2018, le suddette unità multidisciplinari o multiprofessionali, dopo aver verificato in capo al soggetto l'esistenza dei requisiti di cui all'art. 3 della suddetta legge regionale, effettuano la valutazione multidimensionale del bisogno della persona con disabilità, tenendo conto dei suoi desideri, aspettative e preferenze, definendo altresì quantitativamente e qualitativamente le risorse umane, strumentali ed economiche necessarie.

#### 5. CRITERI DI VALUTAZIONE DEI PROGETTI

I progetti personalizzati di Vita Indipendente verranno valutati da un'apposita commissione interambito che provvederà ad attribuire a ciascuno di essi, ai fini della stesura della graduatoria, un punteggio utilizzando le griglie di seguito riportate:

INTENSITA' DEL BISOGNO ASSISTENZIALE*		Punteggio
A	Livello molto alto	20
B	Livello alto	15
C	Livello medio	10
D	Livello basso	5
CONDIZIONE FAMILIARE		Punteggio
A	Il disabile vive da solo	15
B	Presenza di familiari conviventi in età avanzata e/o in precarie condizioni di salute certificate	15
C	Presenza di figli minorenni	10
TIPOLOGIA DEGLI OBIETTIVI: indicare uno solo dei seguenti obiettivi per il quale l'assistente personale viene maggiormente impiegato		Punteggio
A	Percorsi di studio e/o lavorativi	15
B	Attività di rilevanza sociale e/o ricreative	8
C	Azioni comuni di vita quotidiana perlopiù all'interno delle pareti domestiche	2
PERCORSI DI VITA INDIPENDENTE		Punteggio
A	La persona ha già sperimentato percorsi di vita indipendente e non è attualmente inserita nel progetto Regionale	10
B	La persona non ha mai avviato un percorso di vita indipendente	5

\* utilizzo della scala Barthel Index modificato (BIM)

A parità di punteggio, verranno valutate le seguenti condizioni di priorità:

1) minore età;



#### 6. MODALITA' DI FINANZIAMENTO ED IMPORTO

Saranno finanziati i progetti di vita indipendente di coloro che risultano collocati in posizione utile nella graduatoria unica di Ambito, fino a concorrenza dello stanziamento previsto pari ad Euro 100.000,00. Indipendentemente dal budget attribuito al Progetto Personalizzato, il finanziamento massimo individuale riconosciuto al beneficiario per la durata dell'intervento pari a 12 mesi, è commisurato ai seguenti livelli di intensità assistenziale:

- livello molto alto: massimo € 13.000,00
- livello alto: massimo € 10.500,00
- livello medio: massimo € 8.500,00
- livello basso: massimo € 7.000,00

Le modalità di erogazione del finanziamento saranno rese note a seguito dell'ammissione del progetto e comunicate ai beneficiari.

Porto Sant'Elpidio, li \_\_\_\_\_

I Coordinatori degli Ambiti Territoriali Sociali XIX e XX



**SPETT.LE**

**AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. □ 20 □ 19**

**Via** \_\_\_\_\_

**Città** \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL PROGETTO “VITA INDEPENDENTE MINISTERIALE”  
D.L. 34/2020 c.d. “decreto rilancio”**

Il/La sottoscritto/a	COGNOME	NOME
residente a	Via	n. CAP
Codice fiscale _____		
Tel.	Cell.	email

(DA COMPILEARE SOLO SE NECESSARIO)

Il/La sottoscritto/a	COGNOME	NOME
residente a	Via	n. CAP
Codice fiscale _____		
Tel.	Cell.	email

in qualità di:

tutore/curatore

amministratore di sostegno

**per conto di:**

cognome e nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

## MANIFESTA L'INTERESSE

A voler partecipare al progetto “Vita Indipendente Ministeriale” - **D.L. 34/2020 c.d. “decreto rilancio”.**

### A tal proposito DICHIARA

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall’articolo 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000)

- di possedere i requisiti di accesso di cui al punto 2 dell’Avviso per la manifestazione di interesse;
- di essere a conoscenza:
  - di dover successivamente e su apposita modulistica, partecipare alla stesura, con l’UMEA/DSM territorialmente competente, del proprio Progetto personalizzato di vita indipendente, che avrà una durata di 12 mesi;
  - di doversi impegnare, a seguito di ammissione a finanziamento, a scegliere l’assistente personale ed a regolarizzare il rapporto di lavoro direttamente con la stessa con un contratto, secondo la normativa vigente in materia di lavoro;
  - che il finanziamento del Progetto Vita Indipendente Ministeriale è alternativo ai contributi regionali concessi per Disabilità gravissime, SLA, Assegno di cura.

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ autorizza la raccolta ed il trattamento dei dati trasmessi con la presente richiesta esclusivamente per la procedura di cui in oggetto, ai sensi dell’Art.13 del D.lgs 196/2003 e dell’Art.13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Allega la seguente documentazione:

1. copia di un valido documento di identità del destinatario dell’intervento e, nel caso di domanda presentata da un tutore/curatore/amministratore di sostegno, anche della persona richiedente;
2. copia del verbale dell’accertamento dell’handicap con il riconoscimento della condizione di gravità (art. 3 c.3 L. 104/92);
3. se la domanda è richiesta dal soggetto che ha la tutela del beneficiario (amministratore di sostegno, tutore, curatore) va allegato il decreto di nomina.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA BENEFICIARIO  
(o del tutore, curatore o Amministratore di Sostegno)

---