



COMUNE DI ONANO
Piazza Monaldeschi n.1- 01010 Onano (VT)
Tel. 0763/78021 - Fax. 0763/78391

AVVISO PUBBLICO

PROGETTO AIUTO ALLA DISABILITÀ GRAVE AI SENSI DELLA LEGGE 162/'98 – ANNUALITÀ 2025

Si informa la cittadinanza che **fino al 30.09.2025** è possibile presentare il modello di domanda per il Progetto "Aiuto alla Disabilità Grave – L. 162/'98, presso la Sede del Comune di Onano.

Si precisa che il cittadino deve essere in possesso di un Indicatore della Situazione Economica Equivalente del nucleo familiare - ISEE Socio Sanitario – **non superiore ad € 14.000,00** ed essere in possesso del verbale di cui alla Legge 104/'92 – soggetti portatori di handicap in condizioni di gravità.



**IL SINDACO
PACIFICO BIRIBICCHI**



Comune di Montefiascone

Provincia di Viterbo

ENTE CAPOFILA del DISTRETTO SOCIO-SANITARIO VT/1

[Comuni di Acquapendente, Bagnoregio, Bolsena, Capodimonte, Castiglione in Teverina, Civitella d'Agliano, Farnese, Gradoli, Graffignano, Grotte di Castro, Ischia di Castro, Latera, Lubriano, Marta, Montefiascone, Onano, Proceno, San Lorenzo Nuovo, Valentano – ASL VT - Distretto VT/1 Montefiascone]

AVVISO PUBBLICO

PROGETTO AIUTO PER LA DISABILITÀ GRAVE AI SENSI DELLA LEGGE 162/98

Sono aperti i termini per la presentazione delle domande di ammissione ai servizi e/o prestazioni previsti nel **“PROGETTO AIUTO ALLA DISABILITÀ GRAVE ai sensi della Legge 162/98”**
ANNUALITÀ 2025

ART. 1

INTERVENTI E SERVIZI PREVISTI

- ASSISTENZA DOMICILIARE E AIUTO PERSONALE GESTITI IN FORMA **DIRETTA** O **INDIRETTA** DALL'ENTE:
Programmazione e attuazione di interventi di sostegno alla persona e ai familiari, attraverso forme di assistenza domiciliare e aiuto personale; il servizio, anche della durata di 24 ore e nelle giornate festive e prefestive sarà gestito **indirettamente**, mediante stipula di contratti da parte degli utenti con cooperative sociali, organizzazioni di volontariato ed associazioni di disabili, iscritti negli appositi albi regionali di cui alla legge L.R. 22/99, fondazioni ed associazioni privati socio-assistenziali o in alternativa tramite stipula di un contratto con cui si assume un assistente personale qualificato o **direttamente** dal Comune capofila che provvederà ad esperire regolare gara d'appalto per il reperimento di soggetti idonei allo svolgimento del servizio.

- AVVIO DI PROGRAMMI, ATTIVATI AI SENSI DELLA LEGGE 104/92, CON ASSISTENZA DOMICILIARE GESTITA IN FORMA **DIRETTA** O **INDIRETTA** E CON VERIFICA DELLE PRESTAZIONI EROGATE E DELLA LORO EFFICACIA.

- RIMBORSO PARZIALE DELLE SPESE DOCUMENTATE DI ASSISTENZA NELL'AMBITO DI PROGRAMMI PREVENTIVAMENTE CONCORDATI CON GLI ENTI COMPETENTI.

Verranno redatte schede individuali con relativi progetti per ogni disabile grave che ha presentato domanda, con la descrizione analitica della disabilità e della situazione socio-economica.

È individuata la tipologia degli interventi e la durata del servizio di concerto con il servizio competente della ASL VT/1.

ART. 2

DESTINATARI E REQUISITI DI ACCESSO

I destinatari sono i disabili in situazione di gravità di cui all'art. 3, comma 3, lettera 1 bis e 1 ter della Legge 104 del 05.02.1992, come modificato dall'art. 1 della Legge 162 del 21.05.1998.

Ai fini del presente avviso, i destinatari devono possedere i seguenti requisiti

- Essere residenti, alla data di pubblicazione dell'avviso, in uno dei Comuni del Distretto Socio-sanitario VT/1;
- Essere in possesso di un indicatore della situazione economica equivalente del nucleo familiare ISEE in corso di validità non superiore ad **€ 14.000,00** (ISEE socio-sanitario);

ATTENZIONE:

Ai fini del presente avviso, si specifica che a seguito della riforma introdotta con D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159 come previsto dall'articolo 5 del D. L. 201/2011, convertito con modificazioni dalla Legge 22 Dicembre 2011, n. 214, deve essere presentato l'**ISEE PER PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE**.

- Essere riconosciuti dalla competente commissione ASL di cui alla Legge 104/92 soggetti portatori di handicap in condizioni di gravità;

Possono presentare domanda, in nome e per conto del soggetto avente i requisiti, il coniuge o il convivente o il parente entro il terzo grado che dichiara di avere l'assistenza del soggetto medesimo.

ART. 3
MODALITÀ DI AMMISSIONE

I cittadini, in possesso dei requisiti di cui al precedente articolo, possono presentare domanda su apposito modello, allegando la seguente **documentazione**:

1. Copia della certificazione rilasciata dalla competente commissione, attestante il riconoscimento della condizione di handicap grave (Legge 104/92 art. 3, comma 3);
2. Dichiarazione ISEE socio-sanitario in corso di validità;
3. Copia del documento di identità di chi sottoscrive la domanda;

Le domande dovranno essere trasmesse tramite posta all'Ufficio del protocollo del Comune di Montefiascone, con sede presso Largo Plebiscito, 1 – 01027 Montefiascone (VT) oppure telematicamente via PEC all'indirizzo protocollo@pec.comune.montefiascone.vt.it, entro e non oltre il 30/09/2025;

Qualsiasi altra modalità di invio non potrà essere considerata valida ai fini dell'accettazione dell'istanza.

Per chi richiede programmi di aiuto alla persona gestiti in forma **INDIRETTA**, SOLO AL MOMENTO DELL'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO SARANNO NECESSARI:

➤ Nel caso in cui l'utente decida di assumere direttamente un assistente personale:

- 1) copia del contratto di lavoro del proprio assistente personale;
- 2) copia dell'iscrizione all'INPS e all'INAIL del proprio assistente personale secondo la normativa vigente;
- 3) dichiarazione con cui il Comune di Montefiascone viene sollevato da ogni onere e responsabilità relativamente all'inosservanza di disposizioni di legge e regolamenti e per qualsiasi azione o omissione;
- 4) fotocopia della documentazione relativa al possesso, da parte dell'assistente personale, di specifica abilitazione e/o esperienza e formazione professionale in relazione alle prestazioni da effettuare;

➤ Nel caso in cui l'utente scelga di provvedere attraverso organismi del terzo settore [organismi non lucrativi di utilità sociale (ONLUS); cooperative sociali; associazioni ed enti di promozione sociale]:

- 1) copia del contratto tra l'utente e la ditta prescelta;
- 2) copia certificato di iscrizione della ditta prescelta all'Albo delle società cooperative (D.M. 23/06/2004) presso il Ministero delle Attività Produttive (se cooperativa);
- 3) iscrizione all'apposito Albo Regionale (se cooperativa sociale);
- 4) copia certificato di iscrizione della ditta prescelta al rispettivo Albo di appartenenza previsti dalle norme di settore (se altro organismo);

5) copia certificato di iscrizione della ditta prescelta alla Camera di Commercio competente territorialmente per la gestione di interventi e servizi sociali e/o socio-sanitari.

Con la modalità **DIRETTA** il Comune capofila provvederà ad esperire regolare gara d'appalto e provvederà direttamente ad inviare l'operatore a domicilio.

Il Comune di Montefiascone, in qualità di Ente capofila, esercita la vigilanza ed il controllo sull'attività svolta dall'operatore nei confronti dell'utente mentre l'ASL verifica, anche sulla base del gradimento dichiarato dall'utente stesso, l'efficacia dell'intervento rispetto alle finalità auspiccate.

ART. 4

CRITERI DI FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA

1) **GRAVITÀ DELL'HANDICAP** – La gravità della disabilità viene determinata dal fatto che la persona non sia in grado di adempiere ad almeno due delle funzioni sotto indicate:

1. Deficit intellettivo grave, che comporti un grave ritardo mentale contestuale a gravi difficoltà di apprendimento;
 2. Impossibilità alla deambulazione in maniera autonoma;
 3. Impossibilità a mantenere il controllo sfinterico;
 4. Impossibilità – se di età superiore ai 10 anni – alla assunzione del cibo, o al lavarsi, o al vestirsi.
- Impossibilità a 4 funzioni punti 5
 - Impossibilità a 3 funzioni punti 2
 - Impossibilità a 1 - 2 funzioni: punti 1

2) **PRESENZA ALTRI PORTATORI DI HANDICAP IN FAMIGLIA**

- Se presenti punti 1
- Non presenti punti 0

3) **PRESENZA DI FIGLI MINORI O DI ANZIANI IN FAMIGLIA**

- Se presenti punti 1
- Non presenti punti 0

4) **PRESENZA DI ALTRI COMPONENTI DEL NUCLEO:**

- Presenza di genitori coniuge e altri conviventi con difficoltà certificate: punti 2
- Nuclei familiari monoparentali: punti 1
- Presenza di genitori coniuge e altri conviventi senza difficoltà certificate: punti 0

5) **REDDITO**

- Reddito ISEE – da zero fino a euro 4.000,00 punti 5
- Reddito ISEE - da euro 4.001,00 a euro 6.000,00 punti 4
- Reddito ISEE - da euro 6.001,00 a euro 8.000,00 punti 3
- Reddito ISEE - da euro 8.001,00 a euro 10.000,00 punti 2
- Reddito ISEE - da euro 10.001,00 a euro 12.000,00 punti 1
- Reddito ISEE - oltre euro 12.000,00 punti 0

6) **DISTANZA DAI CENTRI DI PRESIDIO**

- Residenti nei Sub-Distretti: Montefiascone, Acquapendente, Bagnoregio, Valentano punti 1
- Residenti in altri Comuni del Distretto: punti 2

7) COMPRESENZA DI ALTRI SERVIZI/PRESTAZIONI SOCIO-SANITARI GIA' ATTIVI IN FUNZIONE DEL RICHIEDENTE

Servizi socio assistenziali compresenti rispetto al beneficio riconosciuto all'utente per la condizione di Disabilità Grave	Punteggio di riferimento da attribuire a ciascuna tipologia di servizio prevista nel PAI dell'utente
Nessun servizio	4
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: - Assistenza domiciliare fino a 12 ore settimanali; - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a € 300,00;	3,5
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: - Assistenza domiciliare tra le 13 e le 18 ore settimanali; - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a € 450,00; - 1 g. di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale;	3
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: - Assistenza domiciliare tra 19 e 24 ore settimanali; - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a € 600,00; - 2 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale;	2,5
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: - Assistenza domiciliare tra 25 e 30 ore settimanali; - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a € 750,00; - 3 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale;	2
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: - Assistenza domiciliare maggiore di 30 ore settimanali; - HCP o altri contributi economici finalizzati	1,5

all'assistenza maggiori di € 900,00; - 4 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale; - Fino a 2 gg./settimana di frequenza in un laboratorio;	
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: - 5 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale; - Almeno 3 gg./settimana di frequenza di un laboratorio;	1

- Sono escluse le disabilità derivanti da patologie strettamente connesse ai processi di invecchiamento.
- Sono inoltre esclusi gli interventi rientranti nell'ambito del "diritto allo studio" e quelli di natura tipicamente "sanitaria", i quali trovano risposta in altri ambiti.
- In base all'attribuzione dei punteggi, si procede alla stesura definitiva della graduatoria ed all'assegnazione della quota individuale spettante calcolata sulla base dell'importo complessivo del finanziamento erogato dalla Regione Lazio, al riparto del quale si provvede mediante parametrizzazione dello stesso al punteggio individuale attribuito a ciascun beneficiario.

ART. 5

MODALITÀ DI APPROVAZIONE DELLA GRADUATORIA

Successivamente alla scadenza fissata per la presentazione delle domande, si provvederà all'adozione della graduatoria distrettuale.

L'approvazione della graduatoria avverrà **entro 60 giorni dalla data di scadenza del presente avviso**. La graduatoria, adottata dal soggetto gestore, sarà pubblicata, con le modalità di rispetto della privacy, all'Albo Pretorio del Comune capofila ed esplicherà la sua validità dal 1° giorno della sua pubblicazione.

Il comune capofila provvederà a comunicare agli interessati l'avvenuta ammissione in graduatoria, la relativa posizione, l'importo del contributo assegnato e le ore di assistenza settimanali previste.

Gli interessati avranno tempo 30 giorni per inviare la documentazione necessaria all'attivazione del servizio e 10 giorni per inoltrare reclamo motivato con lettera raccomandata a/r in caso di esclusione.

ART. 6

MODALITÀ DI EROGAZIONE DEL FINANZIAMENTO

Il contributo a sostegno del "Progetto Aiuto per la Disabilità Grave ai sensi della Legge 162/98" sarà assegnato, sino ad esaurimento delle risorse disponibili, (comunque entro un anno dall'attivazione), sulla base della graduatoria distrettuale redatta in conformità ai criteri di cui all'art. 4.

Qualora l'impiego delle risorse ripartite per fascia producano residui non utilizzati, gli stessi verranno destinati al finanziamento di esigenze emergenti in altre fasce.

ART. 7

TERMINI E MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Il termine di presentazione delle domande è fissato **entro il 30/09/2025**;

Le domande dovranno essere compilate, sottoscritte e corredate da tutta la necessaria ed idonea documentazione richiesta, su moduli appositamente predisposti e allegati al presente avviso.

Le domande dovranno essere presentate o inviate a mezzo di raccomandata A.R. o con altri mezzi di spedizione previsti per legge entro il termine di scadenza dell'avviso **al proprio Comune di residenza**;
I Comuni di residenza, dopo aver recepito e protocollato le istanze, dovranno inviarle all'Ufficio Servizi Sociali presso il Comune capofila, il quale provvederà alla redazione della graduatoria definitiva.

ART. 8

TUTELA PRIVACY

I dati personali, acquisiti a seguito del presente avviso, verranno trattati nel rispetto del D. Lgs. 30.06.2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

ART. 9

ADEMPIMENTI E VINCOLI

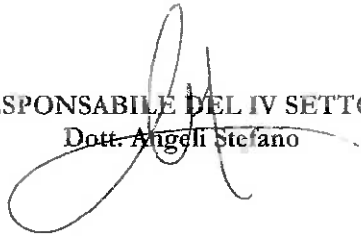
Ai sensi delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa il Comune di Montefiascone, quale Ente capofila, procederà ad idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive.

Ferme restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione sostitutiva, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

L'Amministrazione agirà per il recupero delle somme indebitamente percepite oltre all'applicazione delle sanzioni di legge per dichiarazioni false in atti pubblici.

IL RESPONSABILE DEL IV SETTORE

Dott. Angeli Stefano





Comune di Montefiascone

Provincia di Viterbo

ENTE CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO - SANITARIO VT/1

Comuni di Acquapendente, Bagnoregio, Bolsena, Capodimonte, Castiglione in Teverina, Civitella d'Agliano, Farnese, Gradoli, Graffignano, Grotte di Castro, Ischia di Castro, Latera, Lubriano, Marta, Montefiascone, Onano, Proceno, San Lorenzo Nuovo, Valentano e ASI. Viterbo - Distretto VT/1 Montefiascone.

AL COMUNE DI

(Comune di residenza)

**Richiesta di ammissione agli interventi e servizi previsti nel
"PROGETTO AIUTO ALLA DISABILITA' GRAVE AI SENSI DELLA LEGGE 162/98" -
ANNUALITÀ 2025**

I sottoscritt _____
nato a _____ (____) il ____/____/____
residente a _____ In via _____
nr. _____ Codice Fiscale _____
Telefono _____

CHIEDE

☐ per sé stesso

☐ in qualità di _____ in nome e per conto di

_____ nato/a a _____ (____)
il ____/____/____ residente a _____ in via _____ nr. _____
codice fiscale _____ telefono _____

- ☐ PROGRAMMI ATTIVATI AI SENSI DELLA LEGGE 104/92. CON ASSISTENZA DOMICILIARE GESTITA IN FORMA **DIRETTA**
- ☐ PROGRAMMI ATTIVATI AI SENSI DELLA LEGGE 104/92, CON ASSISTENZA DOMICILIARE GESTITA IN FORMA **INDIRETTA** CON VERIFICA DELLE PRESTAZIONI EROGATE E DELLA LORO EFFICACIA.
- ☐ RIMBORSO PARZIALE DELLE SPESE DOCUMENTATE DI ASSISTENZA NELL'AMBITO DI PROGRAMMI PREVENTIVAMENTE CONCORDATI CON GLI ENTI COMPETENTI.

I sottoscritt consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

☐ di essere residente, nel Comune del Distretto Socio-Sanitario VT/1 di _____

- ☐ di essere in possesso di un ISEE SOCIO-SANITARIO (indicatore della situazione economica equivalente) in corso di validità del nucleo familiare, pari ad € 14.000,00;
- ☐ di essere disabile in situazione di particolare gravità, ai sensi dell'art. 3, comma 3, lettera "1" bis e "1" ter della Legge 104 del 05.02.1992, come modificato dall'art. 1 della Legge 162/1998;
- ☐ di usufruire nell'annualità in corso dei seguenti servizi di assistenza socio-sanitaria:
_____ (nel caso in cui non si usufruisca di alcun servizio scrivere "nessuno");

TRASMETTE

la seguente documentazione di seguito elencata nel caso in cui desideri avvalersi dalla forma **INDIRETTA**:

- Mediante assunzione dell'assistente personale
- copia del contratto di lavoro del proprio assistente personale;
 - copia dell'iscrizione all'INPS e all'INAIL secondo la normativa vigente, del proprio assistente personale;
 - dichiarazione con cui il Comune di Montefiascone viene sollevato da ogni onere e responsabilità relativamente all'osservanza di disposizioni di legge e regolamenti e per qualsiasi azione o omissione;
 - fotocopia della documentazione relativa al possesso, da parte dell'assistente personale, di specifica abilitazione conseguita ai sensi della normativa vigente, in relazione alle prestazioni da effettuare;
- Mediante organismi del terzo settore (organismi non lucrativi di utilità sociale ONLUS) – cooperative sociali – associazioni ed enti di promozione sociale
- copia del contratto tra l'utente e la ditta prescelta;
 - copia certificato di iscrizione della ditta prescelta all'Albo delle società cooperative (D.M. 23/06/2004) presso il Ministero delle Attività Produttive (se cooperativa);
 - iscrizione all'apposito Albo Regionale (se cooperativa sociale);
 - copia certificato di iscrizione della ditta prescelta al rispettivo Albo di appartenenza previsti dalle norme di settore (se altro organismo);
 - copia certificato di iscrizione della ditta prescelta alla Camera di Commercio competente territorialmente per la gestione di interventi e servizi sociali e/o socio sanitari.

Il Comune Capofila Montefiascone esercita la vigilanza ed il controllo sull'attività svolta dall'operatore nei confronti dell'utente mentre l'ASL verifica, anche sulla base del gradimento dichiarato dall'utente stesso, l'efficacia dell'intervento rispetto alle finalità auspiccate.

Allega alla presente:

- ☐ copia certificazione medico-legale attestante lo stato di handicap in situazione di gravità (L. 104/92 art. 3, comma 3);
- ☐ copia dell'attestazione ISEE socio sanitario in corso di validità, completa di dichiarazione sostitutiva unica;
- ☐ copia del documento di identità di chi sottoscrive la domanda;

Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

Il _____

Il dichiarante _____