

UNIONE DEI COMUNI
MONTAGNA MARSICANA

ADS N.2 MARSICA
SERVIZI SOCIALI

LEGGE REGIONALE N. 57/2012
INTERVENTI REGIONALI PER LA VITA INDIPENDENTE 2026
AVVISO PUBBLICO

RICHIAMATA:

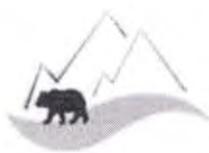
- la L.R. 23 novembre 2012, n. 57, come modificata all'art. 2, comma 1 con L. R. 4 gennaio 2020 n. 1, recante "Interventi Regionali per la vita indipendente" con cui la Regione Abruzzo garantisce alle persone con disabilità grave il diritto alla vita indipendente ed autodeterminata, attraverso il finanziamento di progetti di assistenza personale autogestita, finalizzata a contrastare l'isolamento, a garantire la vita all'interno della comunità e l'integrazione con il proprio ambiente sociale;
- l'art.3 della L.R 9 dicembre 2024 n.24;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 942/C del 16 dicembre 2013 e la Deliberazione del Consiglio Regionale n. 176/3 del 28/01/2014, avente ad oggetto: "L.R. 23 novembre 2012, n.57, recante: Interventi Regionali per la Vita Indipendente - Approvazione Linee Guida", pubblicate sul BURA n. 8 ordinario del 26/02/2014;
- la D.G.R. n. 759 del 15.12.2017, come integrata con la successiva D.G.R. n. 452 del 29.6.2018, in cui si stabilisce il finanziamento massimo erogabile secondo i livelli di intensità di bisogno assistenziale rilevati dalle UU.VV.MM.;

ART.1 - OBIETTIVI

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

Gli interventi di cui alla L.R. del 23 Novembre 2012, n. 57: "Gli interventi di cui alla presente legge sono rivolti esclusivamente alle persone con disabilità in situazione di gravità, come individuate dall'articolo 3, comma 3, della legge 104/1992, di età superiore ai 18 anni, nonché ai rappresentanti legali dei predetti soggetti nel caso di disabili psico-relazionali. Dai 67 anni d'età gli interventi di cui alla presente legge sono rivolti **esclusivamente a persone con ISEE socio-sanitario non superiore ad**



Indirizzo: Via Monte Velino, 61 – Avezzano (AQ) - 67051

C.F. e P.I.: 90058010662

PEC: montagnamarsicana@pec.it

PEO: ufficiosociale@montagnamarsicana.it – sociale2@montagnamarsicana.it

Telefono: 0863/22143



UNIONE DEI COMUNI
MONTAGNA MARSICANA

ADS N.2 MARSICA
SERVIZI SOCIALI

€ 20.000,00 residenti in uno dei 34 Comuni afferenti all'ADS n. 2 MARSICA di seguito elencati: Aielli, Balsorano, Bisegna, Canistro, Capistrello, Cappadocia, Carsoli, Castellafiume, Celano, Cerchio, Civitella

Roveto, Civita D'Antino, Collarmele, Collelongo, Gioia Dei Marsi, Lecce Nei Marsi, Luco Dei Marsi, Magliano de'Marsi, Massa D'albe, Morino, Oricola, Ortona Dei Marsi, Ortucchio, Ovindoli, Pescina, Pereto, Rocca Di Botte, San Benedetto Dei Marsi, San Vincenzo Valle Roveto, Sante Marie, Scurcola Marsicana, Tagliacozzo, Trasacco, Villavallelonga.

ART.3 - TIPOLOGIA DELL'INTERVENTO

La persona con disabilità sceglie autonomamente il proprio assistente personale, che può essere anche un familiare, ed è tenuta a regolarizzarne il rapporto di lavoro nel rispetto delle forme contrattuali previste dalla normativa vigente, o tramite l'erogazione dei servizi assistenziali al fine di contrastare il ricorso all'istituzionalizzazione, garantire la personalizzazione degli interventi, l'integrazione sociale e la permanenza nel proprio ambiente di vita delle persone con grave disabilità.

ART.4 - MODALITÀ DI RICHIESTA DI FINANZIAMENTO

1. L'assistenza personale autogestita è realizzata attraverso l'attuazione del progetto personalizzato, redatto su appositi moduli, allegato al presente avviso, presentato dalla persona interessata nonché dal rappresentante legale del predetto soggetto nel caso di disabile psico-relazionale, con cadenza annuale agli Enti Capofila di Ambito Distrettuale (ECAD) di riferimento, anche per il tramite del Comune di residenza, nel rispetto delle risorse disponibili nel bilancio regionale.
2. Gli ECAD, entro 10 giorni dalla scadenza di presentazione 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, nel rispetto di quanto stabilito dalla Determinazione Dirigenziale n. 138 del 13.12.2017 e dalla Delibera di G.R. n. 759 del 15.12.2017, con contestuale determinazione dei livelli di intensità assistenziale 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. Nella valutazione dei progetti la persona con disabilità che ha fatto richiesta di assistenza personale è parte integrante dell'equipe multidisciplinare.
4. Gli ECAD, successivamente alla valutazione comunicata dagli UVM, inviano la richiesta di finanziamento alla Direzione della Giunta Regionale competente in materia di politiche sociali, che procedere all'approvazione della graduatoria regionale e l'elenco delle istanze ammesse al contributo annuale.



Indirizzo: Via Monte Velino, 61 – Avezzano (AQ) - 67051

C.F. e P.I.: 90058010662

PEC: montagnamarsicana@pec.it

PEO: ufficiosociale@montagnamarsicana.it – sociale2@montagnamarsicana.it

Telefono: 0863/22143



UNIONE DEI COMUNI
MONTAGNA MARSICANA

ADS N.2 MARSICA
SERVIZI SOCIALI

ART. 5 - DOMANDE DI PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE

1. Gli utenti che intendono usufruire di questa forma di assistenza e richiedere il relativo finanziamento all'ECAD di appartenenza, anche tramite lo Sportello di Segretariato Sociale del Comune di residenza, devono presentare la domanda esclusivamente utilizzando i modelli predisposti dalla Direzione Regionale competente, allegati al presente Avviso.

La domanda dovrà essere corredata dalla seguente documentazione:

- Format per la richiesta o la conferma della richiesta di "Sostegno per la Vita Indipendente – anno 2026" (PR Abruzzo FSE+ 2021–2027);
- Format per il Progetto personalizzato "Sostegno per la Vita Indipendente – anno 2026" (PR Abruzzo FSE+ 2021–2027);
- certificazione rilasciata ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (*Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*);
- attestazione ISEE in corso di validità, come previsto dall'art. 3 della L.R. 9 dicembre 2024, n. 24.
- Documento di identità.

2. La richiesta e il relativo progetto devono essere sottoscritti dall'utente, o in caso di impossibilità, dal suo legale rappresentante.

ART. 6 - VOCI DI SPESA AMMESSE AL FINANZIAMENTO

1. Sono ammesse a finanziamento le seguenti Attività e relative tipologie di spesa:

a) In caso di assunzione diretta dell'assistente personale

- Retribuzione lorda mensile dell'assistente personale,
- Oneri contributivi obbligatori a carico del datore di lavoro (INPS/INAIL, quote accantonate per il TFR, ferie, tredicesima e altri istituti contrattuali previsti dal CCNL applicabile).
- Spese amministrative relative alla gestione del contratto con l'assistente familiare e di rendicontazione all'ECAD, quali costi indiretti calcolati forfettariamente al 7% dei costi reali effettivamente sostenuti dal destinatario e comunque entro i limiti dell'importo massimo concedibile ad ogni destinatario finale sulla base di quanto stabilito dalla DGR 452/2018. Tali spese del 7% non sono soggette a rendicontazione da parte del beneficiario.

b) In caso di acquisto di servizi di assistenza personale

- Spese per servizi di assistenza alla persona forniti da imprese sociali, società cooperative, ETS.



Indirizzo: Via Monte Velino, 61 – Avezzano (AQ) - 67051

C.F. e P.I.: 90058010662

PEC: montagnamarsicana@pec.it

PEO: ufficiosociale@montagnamarsicana.it – sociale2@montagnamarsicana.it

Telefono: 0863/22143



UNIONE DEI COMUNI MONTAGNA MARSICANA

ADS N.2 MARSICA SERVIZI SOCIALI

• Spese amministrative relative alla gestione del contratto e alla rendicontazione all'ECAD, quali costi indiretti calcolati forfettariamente al 7% dei costi reali effettivamente sostenuti dal destinatario e comunque entro i limiti dell'importo massimo concedibile ad ogni destinatario finale sulla base di quanto stabilito dalla DGR 452/2018. Tali spese del 7% non sono soggette a rendicontazione da parte del beneficiario.

2. Le spese ammissibili devono essere: - riferite a costi effettivamente sostenuti e documentati nel periodo di riferimento interessato (contratti, buste paga, MAV, UNILAV, bonifici, fatture etc.....); - coerenti con la normativa vigente in materia di lavoro domestico o subordinato (es. CCNL applicato); - tracciabili, proporzionate, pertinenti e strettamente connesse a progetti individuali validati dall'UVM; - rendicontate secondo gli standard del PR FSE+ Abruzzo 2021—2027; - riferite a servizi acquistati da imprese sociali, società cooperative, ETS e risultare documentati tramite contratti o titoli validi ai fini FSE+.

3. L'ECAD esercita la vigilanza ed il controllo sull'attività svolta dall'operatore nei confronti dell'utente e verifica, anche sulla base del gradimento dichiarato dall'utente stesso, l'efficacia del 1° intervento rispetto alle finalità auspiccate.

ART.7 - MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda di “**Progetto di Vita Indipendente**”, **annualità 2026**, deve essere trasmessa con la documentazione indicata sul modello **entro e non oltre il 31 GENNAIO 2026 ESCLUSIVAMENTE MEDIANTE PEC** al seguente indirizzo: montagnamarsicana@pec.it specificando nell' oggetto della mail “Vita Indipendente 2026- Nome beneficiario”.

ART. 8 - MOTIVI DI ESCLUSIONE

Saranno ritenute non ammissibili le Istanze:

- A. pervenute fuori termine;
- B. che utilizzano un modello non conforme a quello appositamente predisposto;
- C. non sottoscritte e/o manchevoli del documenti richiesti da modello;
- D. che non rispettano quanto indicato dal presente avviso;
- E. che non rispettano quanto indicato dalle **Linee Guida pubblicate sul BURA n. 8 ordinario del 26/02/2014;**
- F. manchevoli del Certificato di ISEE in corso di validità entro e non oltre il 15/02/2026;



Indirizzo: Via Monte Velino, 61 – Avezzano (AQ) - 67051

C.F. e P.I.: 90058010662

PEC: montagnamarsicana@pec.it

PEO: ufficiosociale@montagnamarsicana.it – sociale2@montagnamarsicana.it

Telefono: 0863/22143



UNIONE DEI COMUNI
MONTAGNA MARSICANA

ADS N.2 MARSICA
SERVIZI SOCIALI

INFORMAZIONI, ASSISTENZA E ORIENTAMENTO VENGONO FORNITI DALL'ASSISTENTE SOCIALE PRESSO GLI SPORTELLI DI SEGRETARIATO SOCIALE PRESENTI NEI 34 COMUNI DELL'AMBITO SOCIALE DISTRETTUALE N. 2 MARSICA.

ALLEGATI AL PRESENTE AVVISO:

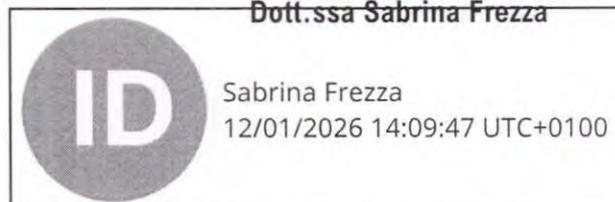
B 1) Format per la richiesta o conferma della richiesta di "Sostegno per la Vita Indipendente – anno 2026" (PR ABRUZZO FSE+ 2021-2027)

B 2) Format per il Progetto personalizzato "Sostegno per la Vita Indipendente – anno 2026" (PR ABRUZZO FSE+ 2021-2027)

Avezzano, 12/01/2026

La Responsabile del Servizio

Dott.ssa Sabrina Frezza



Indirizzo: Via Monte Velino, 61 – Avezzano (AQ) - 67051

C.F. e P.I.: 90058010662

PEC: montagnamarsicana@pec.it

PEO: ufficiosociale@montagnamarsicana.it – sociale2@montagnamarsicana.it

Telefono: 0863/22143

SPAZIO DEDICATO A UTENTI GIÀ AMMESSI AL BENEFICIO PER L'ANNUALITÀ 2025

Il sottoscritto,
consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'art.76 D.P.R. 445/2000, punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;

CONFERMA

di voler richiedere, per l'anno 2026, il contributo previsto a sostegno del proprio progetto di Vita Indipendente a valere sul PR ABRUZZO FSE+ 2021-2027, nell'ambito del progetto approvato dalla Regione Abruzzo: Azione k.2.: Sostegni ai progetti di Vita Indipendente

A tale scopo,

DICHIARA

- Di essere già stato individuato/che l'utente per il quale si richiede il contributo è già stato individuato tra gli aventi diritto per l'annualità 2025, con il seguente Livello di intensità del bisogno assistenziale riconosciuto dall'UVM:
 - Molto alto;
 - Alto;
 - Medio;
 - Basso.

- Che, con riferimento ai requisiti di base dichiarati nella precedente domanda di sostegno, relativa all'annualità 2025
 - permane il riconoscimento di persona con disabilità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92
 - NON si è verificato alcun cambiamento rispetto al livello di bisogno assistenziale stabilito dall'UVM nell'ultima valutazione;
 - la situazione è cambiata rispetto al livello di bisogno assistenziale stabilito dall'UVM nell'ultima valutazione a causa di *deterioramento delle capacità di autonomia che potrebbe comportare un bisogno assistenziale di livello più elevato di quello precedentemente rilevato dall'UVM. (*si procede a compilare la parte dedicata al nuovo progetto personalizzato)*

In caso in cui l'utente abbia più di 67 anni, **DICHIARA inoltre:**

- Di essere in possesso /che l'utente per il quale si richiede il contributo è in possesso di un ISEE socio - sanitario in corso di validità per l'annualità 2026 per un valore pari a Euro _____ (che si allega alla presente richiesta)

- Di NON essere in possesso/che l'utente per il quale si richiede il contributo non è in possesso di un ISEE socio - sanitario in corso di validità alla odierna e di impegnarsi a trasmetterlo entro e non oltre il mese di Febbraio 2026;

Il sottoscritto dichiara, inoltre, sotto la propria responsabilità che le spese previste nell'ambito dell'intervento vita indipendente non saranno oggetto, per la totalità della spesa, di altro finanziamento pubblico nazionale o comunitario per la medesima finalità, ai sensi della normativa vigente e del principio del doppio finanziamento (Reg(UE) 2021/1060).

DATA ___ / ___ / _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Il Sottoscritto dichiara di prendere visione dell'informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) sul trattamento dei dati da parte dell'ECAD ai fini dell'erogazione delle prestazioni.

DATA ___ / ___ / _____

FIRMA PER PRESA VISIONE

*spazio riservato alla informativa sul trattamento dei dati da parte dell'ECAD n. _____

SPAZIO DEDICATO A NUOVI UTENTI

Il sottoscritto,

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'art.76 D.P.R. 445/2000, punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;

CHIEDE

di potere usufruire, per l'anno 2026, del contributo previsto a sostegno del proprio progetto di Vita Indipendente a valere sul PR ABRUZZO FSE+ 2021-2027, nell'ambito del progetto approvato dalla Regione Abruzzo: Azione k.2.: Sostegni ai progetti di Vita Indipendente.

A tal fine:

- **Si impegna** a comunicare all'ECAD l'eventuale ricovero del diretto interessato/persona con disabilità;
- **Dichiara**, in caso di ammissione a finanziamento, di rinunciare ad ogni altra forma di contribuzione economica disposta dalla Regione Abruzzo afferente il Fondo Nazionale Non Autosufficienza.
- **Dichiara** che le spese previste nell'ambito dell'intervento vita indipendente non saranno oggetto, per la totalità della spesa, di altro finanziamento pubblico nazionale o comunitario per la medesima finalità, ai sensi della normativa vigente e del principio del doppio finanziamento (Reg(UE) 2021/1060).

Allegati alla richiesta:

- Progetto personalizzato;
- Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) / ISEE socio-sanitario solo per persone di età pari o superiore a 67 anni;
- Certificazione ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92;
- Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del destinatario del contributo e, se del caso, di altro soggetto che presenta la domanda.

DATA ___ / ___ / _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Il Sottoscritto dichiara di prendere visione dell'informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) sul trattamento dei dati da parte dell'ECAD ai fini dell'erogazione delle prestazioni.

DATA ___ / ___ / _____

FIRMA PER PRESA VISIONE

**spazio riservato alla informativa sul trattamento dei dati da parte dell'ECAD n. _____*

Format per il Progetto personalizzato
"Sostegno per la Vita Indipendente – anno 2026"
(PR ABRUZZO FSE+ 2021-2027)

TITOLO DELL'INTERVENTO: Sostegni ai progetti di Vita Indipendente - anno 2026
ENTE BENEFICIARIO: ECAD N. 2 MARSICA

PROGETTO PERSONALIZZATO

Composizione nucleo familiare

Nominativo

Grado di parentela

Data di nascita

Nominativo	Grado di parentela	Data di nascita
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Attuale situazione occupazionale del titolare del progetto

- Studente
 Lavoratore/trice
 Disoccupato/a
 Pensionato/a
 Altro

Attuale situazione abitativa del titolare del progetto:

- Da solo
 In famiglia
 In comunità senza oneri a carico della
finanzia pubblica
 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					

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)

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> avvenuta in data _____ (è obbligatorio allegare copia del contratto di lavoro); |
| <input type="checkbox"/> 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: € _____

Modalità di pagamento

BANCA _____ Agenzia _____

Conto corrente n° _____ Intestato a : _____

Codice IBAN : _____

Conto Corrente Postale n° _____ intestato a _____

Codice IBAN : _____

DATA ___ / ___ / _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE