



CITTA' DI CASTIGLIONE DELLE STIVIERE

Provincia di Mantova

Ente Capofila del

PIANO SOCIALE DI ZONA

AMBITO TERRITORIALE DI GUIDIZZOLO

Comuni di

Castiglione delle Stiviere, Cavriana, Medole, Monzambano, Goito, Guidizzolo, Ponti sul Mincio,
Solferino, Volta Mantovana

BANDO A SPORTELLO

INTERVENTI PREVISTI DALLA DGR X/4249 DEL 30/10/2015 "PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE A FAVORE DI PERSONE IN DIPENDENZA VITALE E IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA E GRAVE DISABILITA' DI CUI AL FONDO NAZIONALE PER LE NON AUTOSUFFICIENZE ANNO 2015" – MISURA B2.

(dal 30 maggio 2016 al 30 novembre 2016 o fino ad esaurimento fondi)

**IN ESECUZIONE delle deliberazioni dell'Ambito Distrettuale n.1 del 26.2.2016 e n.8 del 20.5.2016
e della Determinazione Dirigenziale n. 8/PDZ del 27.5.2016**

PREMESSO:

- che con dgr X/4249 del 30/10/2015 avente ad oggetto "Programma Operativo Regionale a favore di persone in dipendenza vitale e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze Anno 2015" Regione Lombardia intende sostenere interventi di sostegno e supporto alla persona e alla sua famiglia per garantire una piena possibilità di permanenza della persona fragile al proprio domicilio e nel suo contesto di vita, compensando e integrando le prestazioni di cura rese direttamente dai familiari e/o attraverso personale dedicato;
- che con Decreto n. 11037 del 04/12/2015 della Direzione Generale Reddito di Autonomia e di inclusione della Regione Lombardia è stato stanziato a favore dell'Ambito di Guidizzolo la somma di Euro 186.512,00 quale quota del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze 2015
- che per il presente bando alla somma sopraindicata va aggiunta la quota di € 29.120,00 residuo non destinato quale FNA 2014;

RISORSE DISPONIBILI:

Le risorse complessive disponibili per il finanziamento degli interventi di seguito precisati ammonta a complessivi € 215.632,00.

FINALITA'

Gli interventi previsti dalla dgr X/4249 del 30.10.2015, misura B2, di competenza dei Comuni/Ambiti Distrettuali, si caratterizzano come interventi di sostegno e supporto alla persona e alla sua famiglia per garantire una piena possibilità di permanenza della persona fragile al proprio domicilio e nel suo contesto di vita.





CITTA' DI CASTIGLIONE DELLE STIVIERE

Provincia di Mantova

Ente Capofila del

PIANO SOCIALE DI ZONA

AMBITO TERRITORIALE DI GUIDIZZOLO

Comuni di

Castiglione delle Stiviere, Cavriana, Medole, Monzambano, Goito, Guidizzolo, Ponti sul Mincio,
Solferino, Volta Mantovana

REQUISITI DEI DESTINATARI

Sono destinatari della presente Misura le persone appartenenti ad una delle seguenti categorie:

- 1) Anziani residenti in uno dei Comuni dell'Ambito Distrettuale di Guidizzolo, di età superiore a 65 anni in condizione di non autosufficienza, in possesso di invalidità 100% e indennità di accompagnamento;
- 2) Anziani residenti in uno dei Comuni dell'Ambito Distrettuale di Guidizzolo, di età superiore a 75 anni, in possesso di invalidità 100%;
- 3) Disabili gravi, residenti in uno dei Comuni dell'Ambito Distrettuale di Guidizzolo di età compresa tra 18 a 64 anni, in possesso di invalidità 100% e di indennità di accompagnamento;
- 4) Minori disabili gravi, residenti in uno dei Comuni dell'Ambito Distrettuale di Guidizzolo in possesso di indennità di accompagnamento o del certificato di disabilità grave di cui all'art. 3, comma 3, della Legge 104;

I soggetti di cui sopra devono possedere:

un punteggio della scheda Triage uguale o superiore a 5 (cinque).

un ISEE non superiore a € 17.500,00 determinato ai sensi del D.P.C.M. 5 Dicembre 2013 n. 159.

INTERVENTI FINANZIABILI e VALORE DEL BUONO

Il valore del buono è attribuito in base al punteggio ottenuto dalla scheda di valutazione allegata al presente Bando.

E' possibile finanziare con la misura B2 i seguenti interventi indicati nella DGR X/4249/2015:

- a) **Buono sociale mensile**, anche a diversa intensità, fino ad un importo massimo di € 400,00 finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver familiare (autosoddisfacimento)

Il caregiver dovrà possedere i seguenti requisiti:

- essere occupato nell'assistenza del proprio familiare (pertanto deve essere disoccupato, casalinga/o, pensionata/o, cassaintegrata/o o lavoratore part-time per un massimo di 25 ore settimanali);
- non essere invalido al 100%.

- b) **Buono sociale mensile**, finalizzato a sostenere le prestazioni di assistente personale impiegato con regolare contratto, per un importo massimo compreso tra € 400,00 e € 800,00 (ponderato sulla base delle ore lavorative previste del contratto). Il contributo verrà calcolato a seconda della fascia di punteggio ottenuto dalla scheda di valutazione;

Nel caso di presenza sia di caregiver familiare che di assistente familiare regolarmente assunto/a, sarà possibile beneficiare del buono per il caregiver familiare (valore assegnato in base





CITTA' DI CASTIGLIONE DELLE STIVIERE

Provincia di Mantova

Ente Capofila del

PIANO SOCIALE DI ZONA

AMBITO TERRITORIALE DI GUIDIZZOLO

Comuni di

Castiglione delle Stiviere, Cavriana, Medole, Monzambano, Goito, Guidizzolo, Ponti sul Mincio, Solferino, Volta Mantovana

al punteggio derivante dalla valutazione) e del buono per l'assistente famigliare per un importo fisso di € 400,00, per un totale massimo mensile per entrambi i buoni di € 800,00.

In caso di frequenza di unità d'offerta semi-residenziale socio-sanitaria o sociale l'importo del buono sarà ridotto in ragione della frequenza di dette unità d'offerta nella seguente misura:

- frequenza part-time riduzione del 25%,
- frequenza a tempo pieno riduzione del 50%.

Nel caso di nuclei famigliari in cui sono presenti nello stato di famiglia più di un soggetto disabile, è possibile presentare istanza per ciascuno di essi. Quest'ultimi potranno accedere a tutti gli interventi previsti dal presente avviso. In questo caso il buono sociale mensile per caregiver famigliare potrà essere assegnato ad un beneficiario nella misura del 100% ed in misura ridotta al 50% in favore del secondo soggetto beneficiario.

c) **Buono sociale mensile** fino ad un massimo di € 800,00 per sostenere progetti di vita indipendente di persone con disabilità fisico-motoria grave o gravissima, con capacità di esprimere la propria volontà, di età compresa tra i 18 e i 64 anni, che intendono realizzare il proprio progetto senza il supporto del caregiver familiare, ma con l'ausilio di un assistente personale, autonomamente scelto e con regolare contratto.

Il contributo verrà calcolato a seconda della fascia di punteggio ottenuto dalla scheda di valutazione e verrà assegnato sulla base delle ore lavorative previste del contratto, per un importo massimo compreso tra euro 400,00 e euro 800,00.

d) **Contributi sociali per periodi di sollievo della famiglia**, trascorsi dalla persona fragile presso unità d'offerta residenziali socio-sanitarie o sociali.

Il contributo per i "ricoveri di sollievo" viene concesso per un massimo di 30 gg, prevedendo una compartecipazione del 50% dell'importo, con un limite massimo pari ad euro € 1.800,00.

L'intervento per "contributo sociale per periodi di sollievo in strutture socio sanitarie o sociali accreditate" di cui alla lettera d) è compatibile con l'intervento previsto al punto a), buono sociale mensile finalizzato a sostenere le prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver familiare.

e) **Voucher sociali per l'acquisto degli interventi complementari e/o integrativi al sostegno della domiciliarità:** pasti, lavanderia, stireria, trasporto. Il trasporto da sostenere è quello di persone che, in assenza di bisogno di assistenza sanitaria specifica durante il trasferimento, necessitano di accompagnamento protetto presso Strutture sanitarie e sociosanitarie oppure da e verso altri luoghi (es. da e per il domicilio e/o strutture di riabilitazione) su richiesta della persona; il valore del contributo è a copertura del 50% della spesa sostenuta, con un limite





CITTA' DI CASTIGLIONE DELLE STIVIERE

Provincia di Mantova

Ente Capofila del

PIANO SOCIALE DI ZONA

AMBITO TERRITORIALE DI GUIDIZZOLO

Comuni di

Castiglione delle Stiviere, Cavriana, Medole, Monzambano, Goito, Guidizzolo, Ponti sul Mincio,
Solferino, Volta Mantovana

massimo pari ad € 250 mensili (l'importo verrà calcolato in sede di valutazione multidisciplinare).

- f) **Voucher sociali per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità con appositi progetti di natura educativa/socializzante che favoriscano il loro benessere psicofisico (es. pet therapy, attività motoria in acqua, frequenza a centri estivi, ecc).**

Vengono esclusi i costi relativi alle attività connesse alla frequenza scolastica ivi compreso pre e post scuola o attività di trasporto.

Il valore del voucher, con un limite massimo pari ad € 250,00 mensili, verrà calcolato in sede di valutazione multidisciplinare.

- e) **Potenziamento degli interventi tutelari domiciliari a persone già in carico al SAD, previa rivalutazione della persona ed indicazione nel Progetto individuale degli interventi aggiuntivi.**

Il valore del contributo, con un limite massimo pari ad € 250,00 mensili verrà calcolato in sede di valutazione multidisciplinare.

In caso di particolari e documentate situazioni di disagio socio-economico che potrebbero compromettere la permanenza al domicilio della persona disabile, fatta salva la valutazione ISEE, l'equipe multidimensionale potrà valutare se incrementare il valore del buono sociale di cui sopra (lettere a, b e c) della misura massima del 50%.

INCOMPATIBILITA'

Gli interventi "buono sociale mensile" di cui alle lettere a), b) e c) sono incompatibili con:

- il ricovero in strutture residenziali e pertanto decade dal giorno dell'inserimento dello stesso;
- il ricovero in istituti di riabilitazione e di lungodegenza: in questo caso il buono sarà sospeso proporzionalmente al periodo di degenza.

MODALITÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI

1. L'accesso alla prestazione avverrà tramite bando distrettuale a sportello, pubblicizzato in tutti i Comuni dell'Ambito.
2. Le domande di valutazione (allegato 1 al presente bando) potranno essere presentate presso il Comune di residenza, corredate di tutta la documentazione richiesta, a decorrere dal giorno 30 maggio 2016 al giorno 30.11.2016, e comunque fino ad esaurimento delle risorse disponibili se si realizza prima del 30.11.2016.
3. Gli interventi del presente bando, le cui domande, complete di tutta la documentazione richiesta, perverranno entro i primi quindici giorni del mese, decorreranno dal mese in cui è stata presentata la domanda, mentre quelle che perverranno dopo il 15 del mese avranno decorrenza dal mese successivo.





CITTA' DI CASTIGLIONE DELLE STIVIERE

Provincia di Mantova

Ente Capofila del

PIANO SOCIALE DI ZONA

AMBITO TERRITORIALE DI GUIDIZZOLO

Comuni di

Castiglione delle Stiviere, Cavriana, Medole, Monzambano, Goito, Guidizzolo, Ponti sul Mincio, Solferino, Volta Mantovana

4. A partire dalla data di apertura del bando gli interessati potranno presentare domanda di valutazione, su apposito modulo predisposto dall'Ufficio di Piano (allegato 1), presso il Servizio Sociale del proprio Comune di residenza.
5. In caso di persona maggiorenne priva della capacità di esprimere la propria volontà, la domanda dovrà essere presentata dal Tutore o Amministrazione di Sostegno.
6. In caso di minore la domanda dovrà essere presentata dal genitore o tutore.
7. Il Servizio Sociale comunale verificherà la regolarità della domanda (scheda triage superiore a 5) e provvederà alla predisposizione della valutazione multidisciplinare e del PAI (Progetto Assistenza Individuale), in integrazione con gli operatori del CEAD dell'ASST. Verrà attribuito un punteggio (vedi allegato 2) in base alla situazione familiare, alla condizione economica e alla valutazione socio-sanitaria integrata attraverso la somministrazione della scheda Barthel, anche recandosi al domicilio del beneficiario oltre alla verifica della congruità dello strumento richiesto in relazione al bisogno rilevato.
Nel PAI, sottoscritto dal beneficiario e dagli operatori dell'équipe di valutazione, dovrà essere riportata la valutazione, il progetto individuale, la durata, gli impegni del beneficiario, nonché:
 - il numero di buoni/voucher/contributi spettanti in relazione alla durata dell'intervento;
 - l'impegno del richiedente a segnalare al Servizio Sociale, dopo la presentazione della domanda, ogni variazione che possa comportare la decadenza del diritto al beneficio;
 - la dichiarazione del richiedente di essere a conoscenza che il Servizio Sociale comunale e/o l'Ufficio di Piano distrettuale effettueranno puntuali controlli sulla veridicità delle dichiarazioni effettuate adottando, nel caso di accertata non veridicità, i provvedimenti conseguenti, a norma di legge (DPR 445/2000).
8. In caso di esaurimento dei fondi in alcune misure si procederà a sottoporre alla valutazione dell'Assemblea dei Sindaci la proposta di soddisfare le domande pervenute mediante utilizzo delle risorse ancora disponibili sugli altri interventi.

MODALITA' DI EROGAZIONE DEI BENEFICI

Il Servizio Sociale comunale, entro 30 giorni dalla data di protocollazione, provvederà a trasmettere all'Ufficio di Piano - a mano o a mezzo mail all'indirizzo pdzaltomantovano@comune.castiglione.mn.it, le domande ricevute, validate dal responsabile dell'area sociale e corredate dalla documentazione richiesta.

L'Ufficio di Piano entro il giorno 10 di ogni mese, a partire dal mese successivo a quello dell'apertura del bando, convoca apposita Commissione per la valutazione dei progetti e per la stesura della graduatoria dei beneficiari. Successivamente, liquida l'importo determinato al Comune di residenza del beneficiario.

Considerato che gli interventi previsti dalla Misura B2 sono a supporto delle persona e della famiglia, al fine di garantire la possibilità della persona fragile al proprio domicilio o nel suo contesto di vita, i Comuni dei soggetti beneficiari, previa verifica del mantenimento dei requisiti,





CITTA' DI CASTIGLIONE DELLE STIVIERE

Provincia di Mantova

Ente Capofila del

PIANO SOCIALE DI ZONA

AMBITO TERRITORIALE DI GUIDIZZOLO

Comuni di

Castiglione delle Stiviere, Cavriana, Medole, Monzambano, Goito, Guidizzolo, Ponti sul Mincio,
Solferino, Volta Mantovana

IMPEGNANO ad erogare il contributo al beneficiario, nel minor tempo possibile e comunque in almeno 2 tranches: la prima entro la fine agosto, la seconda a dicembre 2016.

L'erogazione dei contributi è vincolata alla presentazione delle pezze giustificative (fatture, Buste paghe badanti, ecc...) al Comune di residenza.

DURATA DEL BENEFICIO ASSEGNATO

Coerentemente con quanto indicato da Regione Lombardia con D.G.R. X/4249/2015, sarà data priorità e continuità ai progetti già finanziati con la misura B2 ex D.G.R. 2883/2014, per i quali si garantisce il finanziamento per 10 mesi se la domanda viene protocollata dai Comuni entro il 30 giugno 2016). Qualora non venga rispettata la data del 30 giugno, gli interventi ammissibili verranno garantiti con decorrenza dalla data di presentazione della domanda.

Per i nuovi progetti, il finanziamento verrà attivato dalla data di presentazione della domanda fino al 31 dicembre 2016.

DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE

1. domanda di valutazione per l'ammissione al contributo (allegato 1 al Bando)
2. copia della certificazione di invalidità
3. progetto di assistenza individuale redatto dall'assistente sociale del comune di residenza con la collaborazione degli operatori del Cead;
4. copia del contratto di lavoro di assunzione di assistente personale o documentazione attestante la presenza del care-giver facente funzioni di assistente personale e che tale attività sia incompatibile con un rapporto di lavoro autonomo/dipendente full-time;
5. ISEE in corso di validità;

LIMITI ALLA PARTECIPAZIONE

1. Le persone con gravissima disabilità beneficiarie della Misura B1) ex DGR 2655/2014, possono beneficiare anche del buono previsto alla lettera c) nei seguenti casi:
 - a sostegno di progetti per la vita indipendente;
 - a sostegno di particolari situazioni di deprivazione socio-economica. (ISEE inferiore a € 3.000,00).
2. Non potranno essere presentati progetti già finanziati con fondi comunali o con altri fondi per gli stessi interventi (es.: per assistente personale, ricoveri di sollievo ecc.)

VERIFICHE E CONTROLLI

1. I Comuni/l'Ambito distrettuale si riservano di verificare la veridicità della situazioni dichiarate.
2. Nel caso sia accertata l'erogazione indebita di contributi dovuta alla perdita dei requisiti, a dichiarazioni non veritiere, i Comuni provvederanno immediatamente alla revoca del beneficio.





CITTA' DI CASTIGLIONE DELLE STIVIERE

Provincia di Mantova

Ente Capofila del

PIANO SOCIALE DI ZONA

AMBITO TERRITORIALE DI GUIDIZZOLO

Comuni di

Castiglione delle Stiviere, Cavriana, Medole, Monzambano, Goito, Guidizzolo, Ponti sul Mincio,
Solferino, Volta Mantovana

alle azioni di recupero delle somme indebitamente corrisposte, fatte salve le responsabilità penali derivanti dal rendere dichiarazioni mendaci.

DECADENZA DAL BENEFICIO

1. Il diritto all'erogazione dei benefici decade in caso di:
 - a) ricovero definitivo in strutture di tipo residenziale;
 - b) trasferimento di residenza del beneficiario in Comune non rientrante tra quelli dell'Ambito distrettuale di Guidizzolo;
 - c) decesso.
2. E' altresì causa di decadenza l'annullamento del progetto conseguente alle verifiche del Servizio sociale comunale;
3. Il beneficio decade dal 1° giorno del mese successivo al verificarsi degli eventi sopra richiamati.

MONITORAGGIO E FLUSSI INFORMATIVI

1. A conclusione delle procedure di assegnazione, l'Ufficio di Piano relaziona all'Assemblea dei Sindaci in merito ai risultati dell'attuazione degli interventi e provvederà ad assolvere il debito informativo secondo le indicazioni regionali.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

1. Il trattamento dei dati personali e sensibili rilasciati dal richiedente verrà effettuato nel pieno rispetto del Decreto legislativo 30.6.2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Castiglione delle Stiviere, li 30.5.2016

IL DIRIGENTE AREA SERVIZI ALLA PERSONA
RESPONSABILE PIANO DI ZONA

(dr.ssa Barbara Marangotto)



DOMANDA DI VALUTAZIONE INTEGRATA
Misura a favore delle persone con disabilità grave e anziani non autosufficienti
Misura B2 – EX DGR X/4249 del 30.10.2015

Il sottoscritto _____

Nato a _____ prov. _____ il _____

Residente nel comune di _____

In via _____ n. _____

Telefono _____

e-mail _____ Codice Fiscale _____

in qualità di

diretto interessato

familiare grado di parentela _____

tutore nominato con decreto n. _____ del _____

amministratore di sostegno nominato con decreto n. _____ del _____

del sig. Nome e Cognome _____

nato a _____ prov. _____ il _____

residente nel comune di _____

in via _____ N. _____

telefono _____

e- mail _____ codice fiscale _____

CHIEDE

di poter accedere alla valutazione socio-sanitaria integrata per la definizione di un Progetto Individuale di assistenza – in collaborazione con il CEAD dell'ASST – comprensivo delle misure previste ai sensi della DGR N. X/4249/2015 e DGR 2883/2014 Misura B2 a favore delle persone con gravi disabilità o anziani non autosufficienti.

A TAL FINE ALLEGA ALLA PRESENTE:

1. ISEE in corso di validità
2. copia della certificazione di invalidità

3. copia della certificazione di handicap grave Legge 104/92
4. progetto di assistenza individuale redatto dall'assistente sociale del comune di residenza con la collaborazione degli operatori del Cead;
5. copia del contratto di lavoro di assunzione di assistente personale o documentazione attestante (stato di famiglia, stato occupazionale o contratto di lavoro part-time) la presenza del caregiver facente funzioni di assistente personale e che tale attività sia incompatibile con un rapporto di lavoro autonomo/dipendente full-time.

CHIEDE ALTRESÌ

che il contributo eventualmente concesso venga versato sul proprio conto corrente personale.

A tal fine, in ottemperanza al disposto dalla Legge 13/08/2010, n° 136, art. 3 "Tracciabilità dei flussi finanziari", comunica gli estremi del proprio conto corrente:

ISTITUTO DI CREDITO		ABI	
AGENZIA		CAB	
IBAN	I T		

Conto cointestato: SI' NO

EVENTUALE COINTESTATARIO DELCONTO	COGNOME
	NOME
	COD.FISCALE
	Nato a
	Il
	Residente a
	In via

che il contributo eventualmente concesso venga riscosso da (*grado di parentela*) _____, sig./sig.ra _____ residente a _____ in via _____, al/alla quale rilascio, contestualmente alla presente richiesta, formale delega per la riscossione.

A tal fine, in ottemperanza al disposto dalla Legge 13/08/2010, n° 136, art. 3 "Tracciabilità dei flussi finanziari", comunica gli estremi del conto corrente relativi a _____:

ISTITUTO DI CREDITO		ABI	
AGENZIA		CAB	
IBAN	I T		

Si comunicano altresì le generalità ed il codice fiscale della persona intestataria del sopraccitato conto:

DATI ANAGRAFICI INTESTATARIO DEL CONTO	Nome/cognome..... Residente a Indirizzo: VIA C.F. Nato ail
--	---

Eventuali modifiche saranno comunicate tempestivamente e comunque entro 7 giorni dalla data di variazione (comma 7 art. 3).

La presente comunicazione è fornita ai sensi e per gli effetti della Legge 13/08/2010, n° 136.

DICHIARA:

di essere a conoscenza che il Comune di residenza, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000 potrà procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopracitato D.P.R. N. 445/2000;

IL RICHIEDENTE

DATA _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il sottoscritto _____
 acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e smi, consapevole che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" come definiti all'art. 4 lett. d) del citato decreto, vale a dire "i dati personali idonei a rilevare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e le vita sessuale"

presta il suo consenso al trattamento dei dati sensibili nell'ambito e per le finalità del procedimento oggetto della presente domanda.

Data _____

Firma _____

Considerato che il signor/ra _____ non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica di agire o per incapacità di intendere o di volere,

il sottoscritto _____ in qualità di

- familiare
- tutore
- amministratore di sostegno

Acconsente

Al trattamento dei dati sensibili nell'ambito del procedimento inerente la domanda di valutazione integrata per persone con gravissima disabilità, ai sensi della DGR n. X4249/2015, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.

Data _____

Firma _____