



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

AVVISO PUBBLICO

INTERVENTI PREVISTI DALLA DGR X/7856 DEL 12/02/2018 "PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE A FAVORE DI PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITA' ED IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA E GRAVE DISABILITA' DI CUI AL FONDO NAZIONALE PER LE AUTOSUFFICIENZE ANNO 2017" – MISURA B2.

(dal 02 maggio 2018 al 30 giugno 2018)

IN ESECUZIONE delle deliberazioni dell'Ambito Distrettuale n. 6 e n. 8 del 12.4.2018
e della Determinazione Dirigenziale n. 359 del 23/04/2018

PREMESSO:

- che con dgr X/7856 del 12/02/2018 avente ad oggetto "Programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità ed in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al fondo nazionale per le autosufficienze anno 2017" – misura b2." 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. 3138 del 06/03/2018 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 148.041,00 quale quota del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze 2017.

RISORSE DISPONIBILI:

Le risorse complessive disponibili per il finanziamento degli interventi di seguito precisati ammontano a complessivi € 148.041,00.

1) FINALITA'

Gli interventi previsti dalla dgr X/7856 del 12/02/2018, 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

2) REQUISITI DEI DESTINATARI

Sono destinatari della presente Misura le persone in possesso di tutti i seguenti requisiti:

- di qualsiasi età, al domicilio, che evidenziano gravi limitazioni della capacità funzionale che compromettono significativamente la loro autosufficienza e autonomia personale nelle attività della vita quotidiana, di relazione e sociale;
- in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 o in possesso di certificazione di invalidità al 100% e di indennità di accompagnamento di cui alla legge 18/1990;
- con valore ISEE \leq € 15.000 determinato ai sensi del D.P.C.M. 5 Dicembre 2013 n. 159. Nel caso di progetti di vita indipendente il valore ISEE è \leq € 20.000;
- per i soli soggetti maggiorenni, scala triage con punteggio \geq 5

In particolare, si specifica che hanno priorità d'accesso alla Misura:

1) Persone in carico alla Misura B2 con l'annualità FNA precedente;

2) Persone di nuovo accesso che non hanno beneficiato della Misura B2:

- a) Grandi vecchi- ultra 85 anni- non autosufficienti
- b) Con nuovi progetti di vita indipendente
- c) Con età \geq 50 anni che non beneficiano di altri interventi.

Accedono prioritariamente coloro che non beneficiano di interventi o di sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti pubblici o privati o da Enti previdenziali (es. Inps/Home Care Premium)

3) 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/7856/2018:

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



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

(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 al punteggio derivante dalla valutazione) e del buono per l'assistente familiare 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 familiari 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. In questo caso il buono sociale mensile per caregiver familiare 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.

e) **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.**



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) INCOMPATIBILITA'

Secondo quanto indicato dalla D.G.R. X/7856 del 12/02/2018 le persone con disabilità gravissima, beneficiarie **delle misura B1**, possono beneficiare anche del **Buono qui previsto a sostegno di progetti per la vita indipendente**.

L'erogazione della Misura B2 è incompatibile con la presa in carico anche con le Misure di reddito di autonomia anziani e disabili.

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.

5) MODALITÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI

1. L'accesso alla prestazione avverrà tramite distrettuale, 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 2 maggio 2018 al giorno 30 giugno 2018.
3. Verranno accolte le domande che, entro dal data di scadenza fissata, saranno pervenute complete di tutta la documentazione richiesta.
4. A partire dalla data di apertura dell' Avviso, 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 (per i maggiorenni scheda triage superiore a 5) e provvederà alla predisposizione della valutazione multidisciplinare e alla stesura del PAI (Progetto Assistenza Individuale), in integrazione con gli operatori del Ce.A.D. dell'ASST recandosi al domicilio del beneficiario. Agli esiti della valutazione verrà attribuito un punteggio (vedi allegato 2) in base alla situazione familiare, alla condizione economica e al livello di non autosufficienza attraverso la somministrazione delle scale ADL e IADL, e verrà svolta la verifica della congruità dello strumento richiesto in relazione al bisogno rilevato. Per quanto riguarda la valutazione del livello di non autosufficienza dei minori verrà per tutti considerato il punteggio massimo.

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:



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

- 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.

6) MODALITA' DI EROGAZIONE DEI BENEFICI

Il Servizio Sociale comunale, entro il 31/07/2018, provvederà a trasmettere all'Ufficio di Piano - a mano o a mezzo mail all'indirizzo pdzaltomantovano@comune.castiglione.mn.it, le domande ricevute e valutate (secondo quanto indicato al punto 5.7 del presente) validate dal responsabile dell'area sociale e corredate dalla documentazione richiesta.

L'Ufficio di Piano entro il giorno 10/08/2018, convoca apposita Commissione (composta dai membri dell'ufficio di Piano, dagli operatori del Ce.A.D. dell'ASST e dall'A.s. del Comune di residenza del beneficiario) per la valutazione dei progetti e per la stesura della graduatoria dei beneficiari fino ad esaurimento dei fondi disponibili. 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, SI IMPEGNANO ad erogare il contributo al beneficiario, nel minor tempo possibile e comunque in almeno 2 tranches: la prima entro il 15/09/2018 e la seconda entro il 31/12/2018.

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

7) DURATA DEL BENEFICIO ASSEGNATO

Tutti gli interventi previsti dal presente Avviso, avranno una durata **di mesi 6** dal 01/07/2018 al 31/12/2018. La commissione stilerà la graduatoria e le domande verranno messe in ordine di priorità secondo quanto indicato al punto 2) del presente Avviso fino ad esaurimento dei fondi disponibili.

Qualora con il presente Avviso non si dovessero esaurire i fondi disponibili verrà riaperto un II° avviso nel mese di settembre 2018.



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

8) DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE

1. domanda di valutazione per l'ammissione al contributo (allegato 1 al Bando)
2. copia della certificazione di invalidità
3. 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;
4. ISEE in corso di validità.

9) LIMITI ALLA PARTECIPAZIONE

1. 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.)

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

11) 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.

12) MONITORAGGIO E FLUSSI INFORMATIVI

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



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

13) TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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” e smi.

Castiglione delle Stiviere, li

IL 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/7856 del 12/02/2018

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. Cognome e Nome _____

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/7856 del 12/02/2018 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 ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/92
4. fotocopia del codice IBAN dell'istituto di credito presso il quale dovrà essere accreditato il beneficio economico.
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 DEL CONTO	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:

INTESTATARIO DEL CONTADATI ANAGRAFICI	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 s.m.i, 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" <p style="text-align: center;">presta il suo consenso al trattamento dei dati sensibili nell'ambito e per le finalità del procedimento oggetto della presente domanda.</p> 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 grave disabilità, ai sensi della DGR n. X/7856/2018, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.

Data _____

Firma _____