



## COMUNE DI VOGHERA

Provincia di Pavia

PIANO DI ZONA AMBITO TERRITORIALE VOGHERA E COMUNITÀ MONTANA OLTREPÒ PAVESE

**BANDO PER L'ASSEGNAZIONE DELLA MISURA A FAVORE DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI A BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE E DELLE PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVE (MISURA B2) - ANNO 2024**

### FINALITÀ

Il presente bando disciplina l'erogazione degli interventi previsti dalla D.G.R. n. 2033/2024 e dal Piano operativo di programmazione degli interventi e delle risorse a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al fondo per le non autosufficienze triennio 2022-2024, FNA 2023 esercizio 2024.

### DESTINATARI

Sono le persone al proprio domicilio:

- non autosufficienti con basso bisogno assistenziale
- in condizione di disabilità grave
- solo per gli interventi integrativi sociali anche le persone in condizione di disabilità gravissima in carico alla Misura B1, ai sensi di quanto indicato nel Piano Individuale predisposto in sede di unità di valutazione multidimensionale integrata e condivisa con gli ambiti per gli interventi di competenza (non è prevista presentazione di apposita istanza agli ambiti)

### REQUISITI DI ACCESSO ALLA MISURA

Ai fini dell'accesso agli strumenti FNA le persone devono:

- essere residenti in Lombardia;
- di qualsiasi età;
- con 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 ovvero beneficiarie dell'indennità di accompagnamento di cui alla L. n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. n. 508/1988;
- con i seguenti valori massimi ISEE di riferimento: sociosanitario fino a un massimo di € 25.000,00 e ISEE ordinario in caso di minori fino a un massimo di € 40.000,00.

Possono presentare domanda per l'ottenimento del buono sociale le persone residenti nei Comuni di Bagnaria, Borgo Priolo, Borgoratto Mormorolo, Brallo di Pregola, Casei Gerola, Cecima, Codevilla, Colli Verdi, Corana, Cornale e Bastida, Godiasco Salice Terme, Menconico, Montalto Pavese, Montesegale, Ponte Nizza, Retorbido, Rivanazzano Terme, Rocca Susella, Romagnese, Santa Margherita di Staffora, Silvano Pietra, Torrazza Coste, Val di Nizza, Varzi, Voghera, Zavattarello.

## STANZIAMENTO

- € 300.510,20 (Decreto Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità n. 6063 del 17.04.2024): € 228.387,76 Assistenza indiretta (ex l. 234/2021 art. 1 comma 164) contributi economici; € 45.076,53 Assistenza diretta Voucher interventi sociali integrativi, € 27.045,91 Assistenza diretta Voucher interventi sociali integrativi a favore delle persone con disabilità

- € 12.240,42 risorse residue del Fondo caregiver (D.G.R. n. 7605/22 – D.G.R. n. 7799/23) Assistenza diretta Voucher interventi sociali integrativi

- € 6.004,00 risorse residue FNA 2023 (Decreto Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità n. 1581 del 8.02.2023) Assistenza diretta Voucher interventi sociali integrativi

Totale budget assistenza indiretta contributi economici € 228.387,76

Totale budget Voucher interventi sociali integrativi € 90.366,86

In corso d'anno, valutata la disponibilità di eventuali residui su altri interventi, si procederà ad ulteriore assegnazione in base al budget disponibile.

## TIPOLOGIE DI INTERVENTO

Per assicurare una presa in carico globale della persona con problematiche sociosanitarie e per evitare sovrapposizioni di interventi, la valutazione è di carattere multidimensionale.

La valutazione multidimensionale multi professionale è effettuata dagli ambiti in modalità integrata con l'ASST ove ne ricorra la necessità in relazione alle condizioni sanitarie rilevate, sulla base di specifici protocolli operativi definiti tra ASST e ambiti validati dalla Cabina di Regia ai sensi della D.G.R. n. 6760/2022.

Sarà stilato un Progetto Individuale di Assistenza che contiene l'esito della valutazione sociale e/o multidimensionale della persona, la descrizione dei fondamentali obiettivi realizzabili e/o raggiungibili e/o percorribili in termini di qualità della vita della persona disabile/anziana non autosufficiente e del suo nucleo familiare, le prestazioni assicurate dal caregiver familiare e/o assistente personale.

## MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE E PROCEDURA DI ASSEGNAZIONE

La domanda di assegnazione degli interventi dovrà essere predisposta utilizzando il modulo allegato al presente Bando (All. 1A), corredata da ogni idonea documentazione e dichiarazione.

La domanda può essere presentata dal 22 Aprile 2024 al 21 Maggio 2024:

- presso il Comune di residenza;
- tramite posta al seguente indirizzo: Comune di Voghera, Ufficio Protocollo, Piazza Duomo n. 1, 27058, Voghera;
- tramite e-mail al seguente indirizzo: protocollo@comune.voghera.pv.it;
- tramite pec al seguente indirizzo: protocollo@cert.comune.voghera.pv.it (esclusivamente da altro indirizzo di posta elettronica certificata).

Le domande pervenute dopo il 21 Maggio 2024 non saranno ammesse.

Sarà cura del richiedente consegnare la domanda compilata in ogni sua parte e corredata dagli allegati richiesti.

Nel caso della certificazione della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992, l'istanza può essere comunque presentata in attesa di definizione dell'accertamento (la certificazione deve essere presentata entro il 27.05.2024).

**STRUMENTI FNA: ASSISTENZA INDIRETTA (ex L. 234/2021 art. 1 comma 164)  
CONTRIBUTI ECONOMICI - BUONO SOCIALE**

a. Buono sociale mensile di € **100,00** finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza indiretta assicurate dal solo caregiver familiare inserito nel Progetto Individuale e coinvolto attivamente nell'attuazione dei piani di assistenza;

b. Buono sociale mensile fino ad un importo massimo di € **400,00** in caso di personale di assistenza regolarmente impiegato anche in presenza di caregiver familiare (l'importo è pari ad € 300,00 nel caso di rapporto di lavoro inferiore alle 18 ore settimanali).

Il buono sociale è erogato per 12 mensilità.

L'intervento decorre dal mese di approvazione delle graduatorie.

L'assegnazione del buono sociale è determinata dalla posizione occupata in graduatoria e dalla disponibilità del budget.

Nel caso di residui nel budget delle singole graduatorie si procederà alla riassegnazione in altra graduatoria.

**STRUMENTI FNA: ASSISTENZA DIRETTA – INTERVENTI SOCIALI INTEGRATIVI**

Gli interventi di assistenza domiciliare ex L. 234/2021 art. 1 comma 162 lettera a) e b) si svilupperanno attraverso le seguenti azioni (Interventi sociali integrativi):

a) prestazioni di respiro dall'assistenza (interventi di sollievo) che favoriscono la sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare:

1. prestazione socioassistenziale/tutelare a domicilio;
2. ricovero temporaneo in struttura residenziale;
3. prestazione socioeducativa/educativa a favore della persona con disabilità/non autosufficienza in contesti socializzanti (fuori dal domicilio), anche tramite sviluppo di progettualità, finalizzato al "sollievo".

Al beneficiario idoneo e utilmente collocato in graduatoria può essere riconosciuto un Voucher per gli interventi sociali integrativi fino ad un importo massimo di € **1.200,00** una tantum per l'attivazione dei seguenti interventi sociali integrativi:

1. prestazione socioassistenziale/tutelare a domicilio;
2. ricovero temporaneo in struttura residenziale;
3. prestazione socioeducativa/educativa a favore della persona con disabilità/non autosufficienza in contesti socializzanti (fuori dal domicilio), anche tramite sviluppo di progettualità, finalizzato al "sollievo".

Il Voucher è riferito a spese relative a:

1. intervento domiciliare da parte di servizi forniti da enti qualificati nel settore dell'assistenza domiciliare;
2. intervento residenziale extrafamiliare ovvero soggiorno temporaneo in unità d'offerta residenziale o comunque in grado di dare una risposta adeguata ed appropriata ai bisogni e alle esigenze della persona (enti qualificati);
3. interventi socioeducativi/educativi a favore della persona con disabilità/non autosufficienza in contesti socializzanti (fuori dal domicilio), anche tramite sviluppo di progettualità, finalizzato al "sollievo" a cura di enti qualificati.

Non sono ammesse le spese relative a:

- compartecipazione agli interventi di assistenza domiciliare già attivi (es. SAD comunale);
- interventi di natura sociosanitaria.

Per ottenere il rimborso è necessario presentare idonea documentazione fiscale (fattura/ricevuta) comprovante la spesa sostenuta per interventi sociali integrativi erogati esclusivamente per il periodo 1.06.2024/31.12.2024.

L'assegnazione del Voucher è determinata dalla posizione occupata in graduatoria e dalla disponibilità del budget.

#### DECADENZA E/O SOSPENSIONE

Il beneficiario decade dal diritto per le seguenti cause:

- trasferimento della residenza in altra Regione;
- sottoscrizione di dichiarazioni false e/o inattendibili risultate dai controlli effettuati;
- non rispetto del progetto concordato a seguito di valutazione dell'assistente sociale;
- modifica o perdita dei requisiti e delle condizioni che hanno consentito l'accesso al beneficio.

#### SOTTOSCRIZIONE DEL PROGETTO INDIVIDUALE

L'erogazione degli interventi è vincolata alla sottoscrizione di un progetto individuale.

Il progetto viene elaborato di concerto con la persona e la famiglia secondo le necessità riscontrate dalla valutazione del caso specifico.

La persona e la famiglia sono chiamate a partecipare in modo attivo alla definizione del proprio progetto, pertanto sono tenute a sottoscrivere con il servizio sociale gli impegni previsti dal progetto personalizzato.

Gli impegni contenuti nel progetto personalizzato avranno valore vincolante dal momento della comunicazione dell'assegnazione del buono sociale.

Il Progetto Individuale è sottoscritto oltre che da un referente dell'Ambito anche dalla persona/famiglia - o da chi eventualmente ne garantisce la protezione giuridica - e trasmesso all'ASST di competenza.

Nel caso di valutazione congiunta con l'équipe dell'ASST, esso è sottoscritto da un referente dell'Ambito, da un rappresentante dell'ASST, dalla persona/famiglia - o da chi eventualmente ne garantisce la protezione giuridica - e dal responsabile del caso (case manager).

#### CONTROLLI

Sulle dichiarazioni presentate in ordine alla richiesta del beneficio saranno effettuati controlli.

Qualora dai controlli emergano abusi o false dichiarazioni, l'Ufficio di Piano adotta ogni misura utile a sospendere e/o revocare e recuperare i benefici concessi.

PIANO DI ZONA AMBITO TERRITORIALE VOGHERA E COMUNITÀ MONTANA OLTREPÒ PAVESE

All'Ufficio di Piano - Comune di Voghera  
Ambito Territoriale Voghera e Comunità Montana Oltrepò Pavese

DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI INTERVENTI A FAVORE DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI A BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE E DELLE PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVE (MISURA B2) - ANNO 2024

Il/la sottoscritto/a (cognome) .....(nome) .....  
nato/a: ..... il ..... codice fiscale.....  
residente a ..... in Via ..... n ..... CAP.....Prov. di.....  
in qualità di (specificare il tipo di parentela con l'eventuale beneficiario) .....  
Recapito telefonico (indicare sempre uno o più numeri di telefono specificando a chi corrispondono):  
Tel. ....../..... Sig. ....  
Tel. ....../..... Sig. ....

CHIEDE

L'ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE

**Per compensazione delle prestazioni di assistenza assicurate dal care giver familiare**

**Destinatario dell'assistenza:**

Sig./sig.ra (cognome).....(nome) .....  
nato/a: ..... il ..... codice fiscale.....  
residente a ..... in Via ..... n ..... CAP.....Prov. di.....  
Medico di famiglia..... Grado Invalidità .....

**Care giver:**

Sig./sig.ra (cognome).....(nome) .....  
nato/a: ..... il ..... codice fiscale.....  
residente a ..... in Via ..... n ..... CAP.....Prov. di.....  
Grado di parentela .....

**Per prestazioni di personale di assistenza impiegato con regolare contratto**

**Destinatario dell'assistenza:**

Sig./sig.ra (cognome).....(nome) .....  
nato/a: ..... il ..... codice fiscale.....  
residente a ..... in Via ..... n ..... CAP.....Prov. di.....  
Medico di famiglia..... Grado Invalidità .....

**Dati relativi all'assistente familiare:**

Sig./sig.ra (cognome).....(nome) .....  
nato/a: ..... il ..... codice fiscale.....  
residente a ..... in Via ..... n ..... CAP.....Prov. di.....  
Tipologia contratto e orario dedicato.....  
numero di ore settimanali.....

## CHIEDE

### L'ASSEGNAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIALI INTEGRATIVI

- intervento domiciliare da parte di servizi forniti da enti qualificati nel settore dell'assistenza domiciliare
- intervento residenziale extrafamiliare ovvero soggiorno temporaneo in unità d'offerta residenziale o comunque in grado di dare una risposta adeguata ed appropriata ai bisogni e alle esigenze della persona (enti qualificati)
- prestazione socioeducativa/educativa fornita da enti qualificati a favore della persona con disabilità/non autosufficienza in contesti socializzanti (fuori dal domicilio), anche tramite sviluppo di progettualità, finalizzato al "solievo"

#### **Destinatario dell'assistenza:**

Sig./sig.ra (cognome).....(nome) .....  
nato/a: ..... il ..... codice fiscale.....  
residente a ..... in Via ..... n ..... CAP.....Prov. di.....  
Medico di famiglia..... Grado Invalidità .....

#### **Care giver:**

Sig./sig.ra (cognome).....(nome) .....  
nato/a: ..... il ..... codice fiscale.....  
residente a ..... in Via ..... n ..... CAP.....Prov. di.....  
Grado di parentela .....

A tal fine allega:

- copia del verbale d'invalidità;
- certificazione di disabilità ai sensi del D.P.C.M. n. 159/2013;
- certificazione della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992;
- certificazione indennità di accompagnamento ai sensi L. n. 18/1980 e L. n. 508/1988;
- attestazione ISEE sociosanitario in corso di validità (ISEE ordinario in caso di minori);
- copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del beneficiario e del richiedente;
- eventuale copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno;
- in caso di presenza di Assistente familiare: contratto di lavoro stipulato con l'assistente familiare e relativo documento di identità in corso di validità;
- delega in caso di C/C non intestato al beneficiario del contributo.

Nelle more della definizione del processo di accertamento l'istanza può essere comunque presentata (la certificazione mancante deve essere presentata entro il 24.05.2024).

Inoltre, essendo a conoscenza dei criteri e dei benefici previsti dalla D.G.R. n. 2033/2024 e delle incompatibilità di questi con la fruizione di alcuni servizi ed interventi

## DICHIARA

che la persona in condizione di gravissima disabilità attualmente:

- è inserita in una Unità d'offerta residenziale socio-sanitaria o sociale  NO  SI;

(es. Residenza Sanitario assistenziale per Anziani, Residenza Sanitario Assistenziale per Disabili, Comunità Alloggio sociosanitaria, Hospice, Misura residenzialità per minori con gravissima disabilità, Comunità Alloggio Disabili, Comunità Educativa, ...)

- è inserita in una Unità d’offerta semiresidenziale socio-sanitaria o sociale  NO  SI;  
 (es. Centro Diurno per Disabili, Centro Diurno Integrato per anziani, Riabilitazione in diurno continuo, regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, Centro Socio educativo, Sperimentazione riabilitazione minori disabili diurna ...)  
 Se SÌ per un totale ore settimanale di \_\_\_\_\_

USUFRUISCE dei seguenti servizi/misure:

- voucher anziani e disabili (D.G.R. n. 7487/2017 e D.G.R. n. 2564/2019)  NO  SI
- accoglienza definitiva presso Unità d’offerta residenziali sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura residenzialità per minori con gravissima disabilità)  NO  SI
- misura B1 (D.G.R. n. 2033/2024)  NO  SI
- ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale  NO  SI
- contributo da risorse progetti di vita indipendente – PRO.VI. – per onere assistente personale regolarmente impiegato  NO  SI
- presa in carico con misura RSA aperta (D.G.R. n. 7769/2018)  NO  SI eventuale data di dimissione \_\_\_\_\_
- misura Home Care Premium/INPS HCP  NO  SI
- interventi a sostegno della famiglia per interventi di supporto socializzazione e svago realizzate presso CDD, RSD, CSE oppure organizzate da Enti del Terzo Settore in raccordo con Comuni/Ambiti fino a 18 ore settimanali  NO  SI
- altri contributi economici/misure di sostegno/servizi  NO  SI specificare \_\_\_\_\_

- A tal fine dichiara che il nucleo familiare di convivenza risulta così composto:

Cognome e Nome	Grado di parentela/altro	Data di nascita

- che si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni relative alle condizioni economiche, al ricovero in istituto, ai cambiamenti anagrafici ed a qualsiasi altro evento che modifichi le dichiarazioni rese ai fini dell’erogazione di eventuali provvidenze economiche;
- di essere consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. n. 445/2000);

- nel caso del buono per compensazione delle prestazioni di assistenza assicurate dal care giver familiare, il richiedente condivide e sottoscrive un progetto individualizzato con l'Assistente Sociale, che è soggetto a verifiche periodiche;
- nel caso del buono per prestazioni di assistente familiare impiegato con regolare contratto, il richiedente dovrà regolarmente produrre la certificazione dei compensi erogati per sostenere il costo dell'assistente familiare.

In caso di assegnazione, l'erogazione del Buono Sociale sarà effettuata con bonifico bancario o postale intestato al titolare del Buono

BANCA ..... filiale .....

C/C n. .... intestato a .....

CODICE IBAN .....

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_