

## ALLEGATO B

### AVVISO PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI CONTRIBUTO ECONOMICO DI CUI ALL'AVVISO REGIONALE DDRT 11439/2019: "SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITÀ PER PERSONE CON LIMITAZIONE DELL'AUTONOMIA - PROGETTO SO.F.I.A. - SOSTEGNO FAMIGLIA INTERVENTI ASSISTENZIALI - ZONA DISTRETTO VERSILIA - AZIONE 2: AMPLIAMENTO DEI SERVIZI DI ASSISTENZA FAMILIARE

L'Azienda USL Toscana Nord Ovest - Zona Distretto Versilia comunica che è attivo un finanziamento per l'erogazione dei servizi a sostegno della domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia.

Tale finanziamento è stato erogato sulla base dell'approvazione del progetto "SO.F.I.A. - SOstegno Famiglia Interventi Assistenziali" presentato ai sensi dell'Avviso Regionale di cui al decreto 19 giugno 2019, n. 11439 "Sostegno alle famiglie per l'accesso ai servizi di cura rivolti a persone con limitazione di autonomia" a valere sul "POR FSE 2014 – 2020, Investimenti a favore della crescita e dell'occupazione - Asse B Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà, Attività PAD B.2.3.A.

La Regione Toscana con Decreto Dirigenziale Regionale n. 17488 del 17.10.2019 ha ammesso a finanziamento, il progetto "SO.F.I.A.", a valere sul POR - FSE 2014-20, per un importo complessivo di € 489.936,00, di cui € 200.000,00 **destinati all'erogazione di un sostegno economico a fronte del costo per l'assistente familiare**, assunto con regolare contratto di lavoro per un minimo di 26 ore settimanali (azione 2 "Ampliamento dei servizi di assistenza familiare").

#### Art 1. Destinatari e requisiti di accesso

I beneficiari per l'erogazione di Buoni servizio, per questa azione, sono:

- persone anziane ultra 65enni (ovvero di età inferiore ai 65 anni nel caso di persone con patologie degenerative assimilabili al decadimento cognitivo), già valutate dalla UVM antecedentemente all'avvio del progetto, con una isogravità 4-5, che presentano un elevato bisogno assistenziale e hanno ricevuto un PAP residenziale ma si trovano in lista di attesa per l'inserimento in struttura (ai sensi della L.R. 66/2008, art. 12, comma 3);
- persone anziane ultra 65enni (ovvero di età inferiore ai 65 anni nel caso di persone con patologie degenerative assimilabili al decadimento cognitivo), valutate ovvero rivalutate dalla UVM successivamente all'avvio del progetto, con una isogravità 4-5, che presentano un elevato bisogno assistenziale alle quali è proposto un PAP residenziale ma sono collocate in lista di attesa per l'inserimento in struttura (ai sensi della L.R. 66/2008, art. 12, comma 3);
- persone anziane ultra 65enni (ovvero di età inferiore ai 65 anni nel caso di persone con patologie degenerative assimilabili al decadimento cognitivo), valutate ovvero rivalutate dalla UVM successivamente all'avvio del progetto, con una isogravità 4-5, che presentano un elevato bisogno assistenziale alle quali può essere proposto un PAP domiciliare in

forma indiretta di sostegno alla persona e alla famiglia attraverso la figura dell'assistente familiare.

I beneficiari sono soggetti a valutazione e presa in carico nelle modalità previste dalla legge regionale 66 del 18/12/2008 e dalla DGR n. 370 del 22/03/2010.

Gli interessati (o i suoi familiari/tutore o amministratore di sostegno), possono presentare la richiesta di assegnazione del Buono servizio nella Zona Distretto di residenza secondo le modalità descritte all'art. 3 del presente avviso.

## Art. 2 Descrizione della prestazione

Il Buono servizio finanzia esclusivamente l'erogazione di un sostegno economico a fronte del costo per l'assistente familiare, assunto con regolare contratto di lavoro per un minimo di 26 ore settimanali. Ad ogni singolo beneficiario non potrà essere assegnato più di un Buono servizio (ovvero il beneficiario può ricevere soltanto un Buono o sulla presente azione o sull'azione 1 "Percorsi innovativi per la cura e il sostegno familiare di persone affette da demenza lieve o moderata") nel periodo di validità del Progetto.

L'importo del contributo economico mensile è definito dai valori indicati nella seguente tabella:

Valore ISEE	0 € - 8.000,00 €	8.000,01 € - 16.000,00 €	16.000,01 € - 24.000,00 €	24.000,01 € - 32.000,00
Contributo economico mensile	700,00 €	600,00 €	500,00 €	400,00 €

Nel caso di persona in lista di attesa per l'inserimento in struttura, l'erogazione del Buono servizio è interrotta dal momento dell'ammissione dell'assistito nella residenza, secondo quanto previsto dalla DGR n. 995 dell'11/10/2019, art. 3 Procedure di ammissione.

## Art. 3 Modalità di accesso al contributo

Per beneficiare del contributo economico è necessario compilare la domanda di cui all'Allegato 1 "Zona Distretto Versilia: AZIONE 2 - AMPLIAMENTO DEI SERVIZI DI ASSISTENZA FAMILIARE - Progetto SO.F.I.A.". Tale modello può essere reperito presso i Punti Insieme della Zona Distretto Versilia (gli indirizzi e gli orari di apertura sono indicati nell'allegato 3 del presente Avviso) oppure sul sito dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest, sezione Bandi e Concorsi. La domanda dovrà poi essere presentata secondo una delle seguenti modalità:

- Raccomandata A/R da inviare all'Azienda USL Toscana Nord Ovest, Via Cocchi 7/9, Pisa. Sulla busta dovrà essere riportata la seguente dicitura "Progetto SO.F.I.A. - Zona Versilia". Farà fede la data di spedizione.
- posta elettronica certificata all'indirizzo [direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it](mailto:direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it) con oggetto "Progetto SO.F.I.A. - Zona Versilia" (la documentazione, debitamente

sottoscritta, dovrà essere scannerizzata ed inviata come allegato in formato pdf).

- Consegna a mano dalle ore 9:00 alle ore 11:00, dal lunedì al venerdì, presso l'Ufficio Amministrativo di Zona Distretto (Presidio Tabarracci, Via Fratti 530), piano terra stanza n. 11 . Sulla busta chiusa dovrà essere riportata la seguente dicitura "Progetto SO.F.I.A. - Zona Versilia" e nome e cognome del richiedente.

Alla domanda di cui al Allegato 1 "Zona Distretto Versilia: AZIONE 2 - AMPLIAMENTO DEI SERVIZI DI ASSISTENZA FAMILIARE - Progetto SO.F.I.A." dovrà essere allegato:

- Allegato 2 "Scheda di iscrizione FSE"
- Scheda clinica del beneficiario, compilata dal medico di medicina generale (Allegato 4)
- Documento di identità in corso di validità del sottoscrittore della domanda e del beneficiario del contributo
- Modello ISEE per prestazioni agevolate di natura socio – sanitaria del beneficiario in corso di validità

La domanda dovrà pervenire entro il 15 Aprile 2020. L'Azienda si riserva di prorogare la scadenza qualora alla data del 15 Aprile risultino ancora risorse disponibili nell'ambito del progetto.

#### **Art. 4 Durata**

La durata del servizio viene stabilita dall'Azienda sulla base del Piano Assistenziale e del budget di progetto, entro i limiti della durata dello stesso, ad oggi fissata a Maggio 2021.

#### **Art. 5 Valutazione delle domande**

Le domande pervenute, accertato il possesso dei requisiti di cui all'art. 3 del presente avviso, saranno successivamente inviate al Punto Insieme di riferimento territoriale che provvederà a contattare i richiedenti per l'avvio della presa in carico e per l'invio della richiesta alla commissione UVM, che provvederà alla valutazione della condizione complessiva di non autosufficienza.

La condizione della persona verrà valutata dall'UVM, anche nella sua composizione semplificata, come da indicazioni regionali, al fine di definirne la condizione di gravità e il bisogno assistenziale, valutati complessivamente attraverso l'utilizzo di scale di misura già in uso per la stratificazione in graduatoria degli assistiti in lista di attesa per RSA.

L'UVM, nel caso di idoneità all'inserimento in graduatoria, predisporrà quindi un progetto assistenziale personalizzato (PAP) che, se appropriato alla condizione dell'anziano, prevederà un'assistenza a domicilio mediante ricorso alla figura dell' assistente familiare/badante e di conseguenza l'erogazione del contributo economico dietro contratto di assistenza di almeno 26 ore settimanali.

#### **Art. 6 Piano di Spesa**

Per ogni beneficiario del Buono servizio verrà predisposto dall'UVM un Piano di spesa che dovrà contenere i seguenti elementi minimi:

- l'ammontare del contributo economico mensile stabilito;
- il numero di mensilità;
- il valore totale del Buono;
- la modalità di erogazione del contributo (per esempio: accredito bancario etc.);
- la modalità e tempistica di presentazione, da parte del beneficiario, della documentazione di supporto;
- la sottoscrizione da parte del soggetto attuatore e del beneficiario (ove necessario la sottoscrizione sarà effettuata dal tutore o dall'amministratore di sostegno);
- la data e il luogo di sottoscrizione, che rappresenta l'assegnazione formale del Buono servizio.

### **Art. 7 Lista dei destinatari**

Successivamente alla valutazione UVM di cui all'art. 5 del presente Avviso, verrà formulata una lista di destinatari sulla base della quale verranno progressivamente assegnati i buoni servizio.

I criteri per la formulazione di tale lista terranno conto di:

- Isogravità
- Intensità assistenziale (scheda infermieristica)
- Indice IACA
- CBI

A parità di punteggio si applicherà il criterio cronologico di arrivo delle domande.

<b>Livello di isogravità</b>	<b>Intensità assistenziale (scheda infermieristica):</b>	<b>Indice IACA</b>	<b>Indice CBI</b>
isogravità 5: punti 20	bassa: punti 5	0-18: punti 20	da 0 a 24: punti 0
isogravità 4: punti 15	media: punti 10	19-23: punti 17	da 25 a 48: punti 2
	alta: punti 15	24-30: punti 10	da 49 a 72: punti 4
		31-40: punti 5	da 73 a 96: punti 6

### **Art. 8 Responsabile del procedimento**

Ai sensi della L. 241/90 e ss.mm.ii. il responsabile del procedimento è la Dott.ssa Manuela Folena, direttore U.O.C. Direzione Amministrativa Zona Distretto Versilia. Eventuali informazioni potranno essere richieste contattando i seguenti numeri telefonici 0584/6059380 – 0584/6059317.

## Art. 9 Trattamento dati

I dati conferiti in esecuzione del presente atto saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente esclusivamente per le finalità relative al procedimento amministrativo per il quale essi vengono comunicati, nel rispetto dei principi previsti dall'art. 5 del GDPR 679/2016 e del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii.

Il Titolare del Trattamento dei dati personali è l'Azienda USL Toscana Nord Ovest, nella persona del Direttore Generale, Dott.ssa Maria Letizia Casani, con sede in Via Cocchi 7/9 Pisa. L'indirizzo a cui si può contattare il Responsabile Protezione Dati è il seguente [rpd@uslnordovest.toscana.it](mailto:rpd@uslnordovest.toscana.it).

Relativamente alle esigenze di tutela della privacy, si informa che:

- Il trattamento dei dati personali è finalizzato unicamente allo svolgimento della presente procedura di evidenza pubblica ed eventuale successivo rapporto contrattuale;
- Il trattamento sarà effettuato da soggetti appositamente autorizzati, con l'utilizzo di procedure anche informatizzate;
- Il conferimento dei dati è necessario per la partecipazione alla procedura;
- Gli interessati potranno avvalersi dei diritti riconosciuti dalla normativa ed in particolare il diritto di ottenere la conferma del trattamento dei propri dati personali e di chiederne l'aggiornamento o la rettifica, se erronei, rivolgendo la richiesta al responsabile del trattamento;
- I dati acquisiti in esecuzione del presente atto potranno essere comunicati ad organismi, anche comunitari o nazionali, direttamente o attraverso soggetti appositamente incaricati, ai fini dell'esercizio delle rispettive funzioni di controllo sulle operazioni che beneficiano del sostegno del Fondo Sociale Europeo (FSE) ed infine verranno inseriti nell'apposito portale del FSE.
- I dati acquisiti saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del Procedimento per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

## Art. 10 Disposizioni di rinvio

Per quanto non previsto dal presente avviso si fa espresso rinvio al decreto 19 giugno 2019, n. 11439 "Sostegno alle famiglie per l'accesso ai servizi di cura rivolti a persone con limitazione di autonomia" a valere sul "POR FSE 2014 – 2020, Investimenti a favore della crescita e dell'occupazione - Asse B Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà, Attività PAD B.2.3.A. e relativi allegati.

## ALLEGATO 1

### **Zona Distretto Versilia: AZIONE 2 - AMPLIAMENTO DEI SERVIZI DI ASSISTENZA FAMILIARE - Progetto SO.F.I.A.**

Il/La sottoscritto/a.....

nato il .....a.....

residente in .....

recapito telefonico .....

E-mail.....

in qualità di ..... (rapporto di parentela o altro)

chiede l'accesso al contributo economico di sostegno alle spese per assistente familiare/badante -

Progetto "SO.F.I.A." per il/la sig./sig.ra

....., nato

il ..... a ..... residente in

.....

A tal fine dichiara che la ISEE del sig./sig.ra ..... (destinatario del contributo) è pari a € .....

Allega alla presente la SCHEDA CLINICA del suddetto compilata dal medico di medicina generale.

In fede.

Firma \*

---

\* (Allegare copia fotostatica di valido documento di identità del sottoscrittore)

---

Data e ora di ricezione domanda \_\_\_\_\_

Firma dell'operatore ricevente \_\_\_\_\_

Anno 2020/2021

## DOMANDA DI ISCRIZIONE

REGIONE TOSCANA

(SCRIVERE IN STAMPATELLO)

A cura dell'Ente Attuatore

**TITOLO DELL'INTERVENTO** SO.F.I.A. Ampliamento dei servizi di assistenza familiare ..... **MATRICOLA**



  
**ENTE ATTUATORE** AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST - ZONA DISTRETTO VERSILIA .....

...I... sottoscritto/a ..... nato/a il 



 giorno mese anno  
a ..... (.....) Stato ..... codice fiscale 



  
Comune prov.

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ E DELLE PENE STABILITE DALLA LEGGE PER FALSE ATTESTAZIONI E MENDACI DICHIARAZIONI, SOTTO LA SUA PERSONALE RESPONSABILITÀ (ARTT. 48-76 D.P.R. 28/12/2000, N°445)

### DICHIARA

- di essere di sesso ☒ M ☐ F – di avere cittadinanza: .....  
di risiedere in via/piazza ..... n. .... comune ..... C.A.P. .... provincia .....  
telefono 



 prefisso numero 



 cellulare

### di far parte del seguente gruppo vulnerabile:

- ☐ 01. Persone disabili  
☐ 02. Altro tipo di vulnerabilità

### - di essere in possesso del titolo di studio di:

- ☐ 00. Nessun titolo  
☐ 01. Licenza elementare/Attestato di valutazione finale  
☐ 02. Licenza media /Avviamento professionale  
☐ 03. Titolo di istruzione secondaria di II grado (scolastica o formazione professionale) che non permette l'accesso all'università (qualifica di istituto professionale, licenza di maestro d'arte, abilitazione all'insegnamento nella scuola materna, attestato di qualifica professionale e diploma professionale di Tecnico (iefp), Qualifica professionale regionale di I livello (post-obbligo, durata => 2 anni)  
☐ 04. Diploma di istruzione secondaria di II grado che permette l'accesso all'università  
☐ 05. Qualifica professionale regionale post-diploma, certificato di specializzazione tecnica superiore (IFTS)  
☐ 06. Diploma di tecnico superiore (ITS)  
☐ 07. Laurea di I livello (triennale), diploma universitario, diploma accademico di I livello (AFAM)  
☐ 08. Laurea magistrale/specialistica di II livello, diploma di laurea del vecchio ordinamento (4-6 anni), diploma accademico di II livello (AFAM o di conservatorio, accademia di belle arti, accademia d'arte drammatica o di danza, ISIAE vecchio ordinamento)  
☐ 09. Titolo di dottore di ricerca

### - di essere nella seguente condizione occupazionale:

- ☒ Inattivo diverso da studente (casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in o servizio civile, in altra condizione)

DATA.....

FIRMA DEL SOGGETTO DESTINATARIO .....  
(o del tutore/amministratore di sostegno del destinatario)



## Informativa agli interessati ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 “Regolamento Generale sulla protezione dei dati”

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 La informiamo che i suoi dati personali, che raccogliamo per le finalità previste dalla L.R. 32 del 26 luglio 2002 e sue successive modificazioni e dai Regolamenti Comunitari del Fondo Sociale Europeo, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente.

A tal fine le facciamo presente che:

1. La Regione Toscana- Giunta regionale è il titolare del trattamento (dati di contatto: P.zza duomo 10 - 50122 Firenze; ([regionetoscana@postacert.toscana.it](mailto:regionetoscana@postacert.toscana.it)))
2. Il conferimento dei Suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude la partecipazione alle attività.  
I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge e non saranno oggetto di diffusione.
3. I Suoi dati saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del procedimento per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati agli atti dell'Archivio dell'Ente per il periodo di legge previsto per questa tipologia di documenti della Pubblica Amministrazione
4. Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che La riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati ([dpo@regione.toscana.it](mailto:dpo@regione.toscana.it)).
5. Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell'Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/>)

Data.....

Firma per presa visione

.....

Firma per consenso esplicito per il conferimento di particolari dati personali relativi alle condizioni di vulnerabilità

Data.....

Firma per presa visione

.....

## ALLEGATO 3

### ELENCO PUNTI INSIEME – ZONA DISTRETTO VERSILIA



#### **CAMAIORE**

ex Ospedale presso Presidio Distrettuale  
Martedì ore 09,00 – 12,00  
Telefono 0584.6056404  
pi.camaiore@usl12.toscana.it

#### **FORTE DEI MARMI**

Croce Verde  
Sabato solo su appuntamento (tel. 0584/280278)

#### **MASSAROSA**

Via Roma, 59 presso Presidio Distrettuale  
Venerdì ore 09,00 – 12,00  
Telefono 0584.6056656  
pi.massarosa@usl12.toscana.it

#### **PIETRASANTA**

ex Ospedale presso Casa della Salute  
Mercoledì ore 9,00 – 12,00  
Telefono 0584.6058941  
pi.pietrasanta@usl12.toscana.it

#### **QUERCETA**

Via delle Contrade, angolo Via Generale Dalla Chiesa presso Casa della Salute  
1° 2° 3° Lunedì del mese ore 9,00 – 12,00  
Telefono 0584.6056107  
pi.querceta@usl12.toscana.it

#### **SERAVEZZA**

ex Ospedale presso Presidio Distrettuale  
4° Lunedì del mese ore 10,00 – 12,00  
Telefono 0584.6056704  
pi.seravezza@usl12.toscana.it

#### **STAZZEMA**

Piazza Europa, 6 Pontestazzemese presso Comune  
2° e 4° Giovedì del mese ore 9,00 – 12,00  
Telefono 0584.775205  
poleschifrancesca@comune.stazzema.lu.it

#### **VIAREGGIO**

Via Fratti, 530 presso Casa della Salute  
Martedì ore 9.00 – 12.00  
Telefono 0584/6059369

[pi.viareggio@usl12.toscana.it](mailto:pi.viareggio@usl12.toscana.it)

**TORRE DEL LAGO**

presso Casa della Salute

2° e 4° venerdì del mese ore 9.00 – 12.00

Telefono 0584/6056259

[pi.viareggio@usl12.toscana.it](mailto:pi.viareggio@usl12.toscana.it)

**DATI ASSISTITO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Cod. fiscale \_\_\_\_\_

# **SCHEDA CLINICA**

Descrizione	Causa di non autosufficienza	Concausa di non autosufficienza
TUMORI MALIGNI		
DIABETE MELLITO		
MALNUTRIZIONE		
ANEMIE		
DEMENTIA		
DEPRESSIONE		
PARKINSON E ALTRE MALATTIE NEUROLOGICHE		
CECITA' E IPOVISIONE		
PERDITA DELL' UDITO		
IPERTENSIONE ARTERIOSA		
MALATTIE ISCHEMICHE DEL CUORE		
ARITMIE CARDIACHE		
INSUFFICIENZA CARDIACA		
ICTUS		
ALTRE MALATTIE CEREBROVASCOLARI		
MALATTIE DELLE ARTERIE PERIFERICHE		
MALATTIE DELLE VENE DEGLI ARTI INFERIORI		
MALATTIE POLMONARI CRONICHE OSTRUTTIVE		
MALATTIE GASTROINTESTINALI		
MALATTIE EPATO-BILIARI		
INSUFFICIENZA RENALE		
ULCERE DA PRESSIONE		
FRATTURA DI FEMORE		
MALATTIE OSTEO-ARTICOLARI		
INCONTINENZA FECALE		
INCONTINENZA URINARIA		
ALTRO (specificare):		

**Indicare quale tra le patologie presenti è la principale causa di non autosufficienza:**

**Indicare se anche in assenza di una vera causa di non autosufficienza le varie patologie presenti possono concorrere a determinarla**

SI

NO

**Indicare se la persona è:**

In dialisi

S

N

In fase di terminalità oncologica

S

N

In fase di terminalità non oncologica

S

N

Numero delle crocette apposte



Valutazione raccolta alla data della firma sulla base dell'anamnesi e dei dati presenti nella cartella clinica dell'assistito

**Luogo e Data** \_\_\_\_\_

**Timbro e Firma MMG**

## **GUIDA ALLA COMPILAZIONE**

### **Scheda CLINICA**

#### **Obiettivo**

La scheda clinica, da compilarsi a cura del medico curante, raccoglie i dati anamnesi clinica della persona e ha l'obiettivo di evidenziare le varie patologie che determinano l'attuale stato di non autosufficienza e le altre patologie rilevanti.

#### **Modalità di Compilazione**

Per ogni patologia della lista barrare con una **X** la casella indicante se la patologia presente è causa o concausa di non autosufficienza.

Nella casella **"Patologia principale causa di non autosufficienza"** riportare la patologia che al momento, a giudizio del medico, è la principale causa organica di non autosufficienza.