

## ALLEGATO A

### **AVVISO PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI RICHIESTA BUONI SERVIZIO 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 1: PERCORSI INNOVATIVI PER LA CURA E IL SOSTEGNO FAMILIARE DI PERSONE AFFETTE DA DEMENZA LIEVE O MODERATA**

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 **€ 289.936,00 destinati all'acquisto di buoni servizio** (azione 1 “Percorsi innovativi per la cura e il sostegno familiare di persone affette da demenza lieve o moderata”)

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

I beneficiari per l'erogazione di Buoni servizio sono persone residenti sul territorio della Zona Versilia per le quali gli specialisti del Sistema Sanitario abbiano certificato una diagnosi di demenza:

- lieve (soggetti con diagnosi di demenza, ma ancora autosufficienti sulla base della scala BADL, ovvero autonomi in almeno cinque attività principali dell'attività quotidiana)
- moderata (soggetti che hanno perso l'autosufficienza in alcune BADL ma non sono ancora totalmente dipendenti da altri, quindi riescono a compiere autonomamente non più di quattro attività giornaliere fondamentali)

I beneficiari, sono soggetti a valutazione multidisciplinare da parte della Unità di Valutazione Multidisciplinare anche in composizione semplificata della Zona Distretto Versilia e a successiva presa in carico nelle modalità previste dalla legge regionale n. 66 del 18/12/2008 e dalla DGRT n. 370 del 22/03/2010. La presa in carico conseguente alla valutazione si attiverà tramite un Piano individualizzato formulato dalla UVM in collaborazione con i Servizi specialistici competenti, sulla base delle specifiche necessità rilevate.

Il potenziale beneficiario (o i suoi familiari/tutore o amministratore di sostegno), può presentare la richiesta di assegnazione del Buono servizio secondo le modalità descritte all'art. 3 del presente avviso.

La Zona Distretto Versilia provvederà a compilare la lista dei beneficiari sulla base della data di presentazione delle domande ed assegnerà progressivamente i Buoni servizio fino ad esaurimento delle risorse previste.

Ad ogni singolo beneficiario potrà essere assegnato un solo Buono servizio nel periodo di validità del Progetto (il beneficiario potrà ricevere soltanto un Buono, o sulla presente azione 1 o sull'azione 2 - “Ampliamento dei servizi di assistenza familiare”), oggetto di specifico bando.

## **Art. 2 Descrizione della prestazione e piano di spesa**

Il Buono servizio finanzia un intervento globale, in base alle specifiche necessità rilevate per il singolo beneficiario, composto da interventi socio-assistenziali innovativi, appropriati ed efficaci, selezionati esclusivamente tra quelli elencati nell'allegato 4.

Il Piano individualizzato, formulato dalla UVM in collaborazione con i Servizi specialistici competenti, può prevedere la combinazione di più interventi diversi per tipologia di prestazione, consentendo la composizione di un intervento globale per i bisogni, individuati tramite la valutazione multidimensionale.

Per ogni beneficiario del Buono servizio la Zona Distretto Versilia predisporrà un Piano di spesa per un ammontare totale minimo di € 3.000,00 fino alla concorrenza massima di € 4.000,00 che il beneficiario è tenuto a sottoscrivere per accettazione( ove necessario la sottoscrizione sarà effettuata dal tutore o dall'amministratore di sostegno). La data di sottoscrizione rappresenta l'assegnazione formale del Buono Servizio.

Tale piano sarà formulato sulla base dei bisogni specifici del beneficiario già delineati dal Piano individualizzato e dalle scelte operate dal beneficiario riguardo i soggetti inclusi nell'elenco di operatori economici predisposto dalla Zona Distretto Versilia.

Nel corso di validità del Buono, qualora si renda necessaria una modifica del Piano di Spesa, questo può essere rimodulato attraverso un addendum, controfirmato proposto dall'azienda e controfirmato dal beneficiario per accettazione.

## **Art. 3 Modalità di presentazione della domanda**

Per beneficiare del Buono servizio, di cui al presente avviso, è necessario compilare la domanda di cui all'Allegato 1 "Zona Distretto Versilia: richiesta Buono servizio per la presa in carico delle persone affette da demenza lieve o moderata - Progetto SO.F.I.A.". Tale modello può essere reperito presso il Punto 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, 56100 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 beneficiario.

Alla domanda di cui all'Allegato 1 "Zona Distretto Versilia: richiesta Buono servizio per la presa in carico delle persone affette da demenza lieve o moderata - Progetto SO.F.I.A." dovrà essere allegato:

- Allegato 2 "Scheda di iscrizione FSE"
- Documentazione che attesti la diagnosi di demenza da parte di specialisti del servizio sanitario pubblico
- Documento di identità in corso di validità del sottoscrittore della domanda e del beneficiario del

buono servizio

#### **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 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 – 0584/6059222.

#### **Art. 6 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 incaricati, 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. 7 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 Inclusion Sociale e Lotta alla Povertà, Attività PAD B.2.3.A. e relativi allegati.

## ALLEGATO 1

**Zona Distretto Versilia: AZIONE 1 - richiesta Buono servizio per la presa in carico delle persone affette da demenza lieve o moderata - Progetto SO.F.I.A.**

### DATI DEL BENEFICIARIO:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Medico MMG \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

### SEGNALANTE:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

A titolo di (es. Amministratore di sostegno, tutore, familiare – indicare il grado di parentela) \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

### PERSONA DI RIFERIMENTO (se diverso dal segnalante):

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

### INFORMAZIONI

<b><i>Indagine valutazioni pregresse</i></b> La persona ha già fatto altre valutazioni UVM?	SI	NO
<b><i>Diagnosi</i></b> La persona è in possesso di una diagnosi di demenza lieve o moderata rilasciata dal medico specialista ASL?	SI	NO

Note: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL SEGNALANTE

\_\_\_\_\_

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. - Percorsi innovativi per la cura e il sostegno familiare di persone affette da demenza lieve o moderata ..... 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 .....  
 prefisso numero

## 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)

## ALLEGATO 4

### PROGETTO SO.F.I.A. - TIPOLOGIA INTERVENTI FINANZIABILI CON BUONI SERVIZIO

Tipologia di intervento	Operatori	Tipologia di prestazione
<i>Servizi domiciliari professionali</i>	OSA/OSS	Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene, prevenzione cadute, informazione <i>caregiver</i> , presenza di supporto per permettere al <i>caregiver</i> la partecipazione ad interventi di supporto e/o formazione esterni al domicilio
	PSIC	Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo e restituzione alla famiglia
	Educatore Prof.le/ Animatore	Formazione del <i>caregiver</i> e dell'ambiente socio-familiare in base al Progetto Educativo all'utilizzazione della metodologia di stimolazione cognitiva ed occupazionale. Stimolazione cognitiva ed occupazionale del paziente mediante intervento diretto di un educatore/animatore. Stimolazione cognitiva ed occupazionale prolungata "di mantenimento" del paziente mediante l'intervento del <i>caregiver</i>
	FKT	Interventi del fisioterapista per il mantenimento funzionale dell'assistito e per il trasferimento di competenze al caregiver per dare continuità alla attività per conseguire gli obiettivi stabiliti
	PSIC	Intervento di psico educazione al <i>caregiver</i> , monitoraggio e revisione del Progetto educativo da parte dello Psicologo e restituzione alla famiglia. Attività di formazione e sostegno all'Educatore/ Animatore sul caso specifico
<i>Servizi extra-domiciliari</i>	PSIC/ NEUROPSIC	Interventi di stimolazione neurocognitiva / riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso di 6-8 persone
	FKT	Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi di 8-10 persone
	PSIC	Supporto psicologico alla famiglia – costituito da un gruppo chiuso (8-10 persone)
<i>Servizi semiresidenziali</i>		Centro diurno (frequenza giornaliera a mezza/intera giornata)
<i>Altri servizi extra-domiciliari</i>		Caffe Alzheimer
		Atelier Alzheimer
		Musei per l'Alzheimer
<i>Servizi di trasporto</i>		Trasporto utenti