

DIRETTORE

SOCIETA' DELLA SALUTE PISTOIESE



**Bando per l'erogazione di contributi economici per l'assistenza domiciliare indiretta (tramite assistenti familiari) a favore di anziani non autosufficienti
periodo Maggio 2014- 31 Dicembre 2015**

ART. 1 – OGGETTO

1. Il presente bando, sulla base dei criteri stabiliti nella deliberazione dell'Assemblea della Società della salute n. 2 del 17/03/2014, disciplina i requisiti ed i criteri di accesso al contributo per l'assistenza domiciliare indiretta (tramite assistenti familiari) a favore di anziani non autosufficienti, finalizzati a sostenere l'impegno delle famiglie nelle attività di cura ed assistenza, volte a favorire la permanenza a domicilio dei propri familiari anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti.
2. In particolare, il suddetto contributo sostiene le funzioni assistenziali della famiglia che si avvale di figure di assistenza regolarmente assunte (assistenti familiari), per l'assistenza nei confronti di persone anziane non autosufficienti che presentino, di norma, disturbi cognitivo-comportamentali, in relazione al particolare impegno che richiede l'assistenza di tali soggetti.
3. Tale intervento si inserisce nella rete integrata dei servizi sociosanitari a favore delle persone non autosufficienti anziane di cui alla Legge Regionale n. 66/2008 e successive modifiche ed integrazioni (s.m.i.) e rientra nelle prestazioni previste all'art.7 della citata legge.

ART. 2 – FINALITÀ

1. Il contributo di cui al presente bando si configura come una delle misure a sostegno della domiciliarità ed è finalizzato a:
 - sostenere l'impegno delle famiglie nell'attività di cura e assistenza verso familiari non autosufficienti, al fine di assicurare prioritariamente la risposta domiciliare, facilitandone la permanenza nel proprio ambiente di vita ed evitandone l'istituzionalizzazione;
 - promuovere l'emersione dalla condizione di irregolarità del rapporto di lavoro dell'assistente familiare.

ART. 3 – DESTINATARI

1. Possono avere accesso al contributo di cui al presente bando:
 - persone anziane (ultrasessantacinquenni) che:
 - si trovino nelle condizioni previste dalla L.R. n. 66/2008 e s.m.i., accertate sulla base della valutazione effettuata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) con gli strumenti previsti dal protocollo valutativo regionale;
 - abbiano residenza in uno dei Comuni della zona socio-sanitaria pistoiese;
 - dimostrino una situazione reddituale e patrimoniale del solo beneficiario della prestazione, determinata secondo la normativa in materia di I.S.E.E., tenendo conto anche delle eventuali persone fiscalmente a carico, come risulta dalle certificazioni fiscali ed in base a quanto previsto dall'Atto di Indirizzo Regionale (Del. G.R.T. n.385 del 11/05/2009 e s.m.i. per i servizi domiciliari – I.S.E.E. estratto della persona anziana).
2. Devono, inoltre, essere presenti i seguenti requisiti:
 - esistenza di un regolare rapporto di lavoro, con persona non legata da vincoli di affinità o parentela con il beneficiario entro il quarto grado.
 - in caso di assenza di rapporto di lavoro, dovrà essere prodotta una dichiarazione di impegno alla stipula, nel caso sia riconosciuto il titolo per accedere al contributo, salvo il suo decorrere dal momento della firma del contratto.
3. La valutazione delle condizioni di bisogno è effettuata dalla U.V.M. con modalità multidimensionali che tengono conto della condizione organico-funzionale, cognitivo-comportamentale e socio-

ambientale/relazionale della persona interessata, secondo i criteri indicati all' art. 13 L.R. n. 66/2008 e s.m.i..

4. Al termine della valutazione l'U.V.M. dovrà definire l'adeguatezza di un progetto assistenziale domiciliare attraverso la stesura del Progetto Assistenziale Personalizzato (P.A.P.), che dovrà essere condiviso con la persona assistita e/o i suoi familiari, nell'ambito di un percorso assistenziale appropriato e periodicamente verificato.

ART. 4 – IMPORTO DEL CONTRIBUTO

1. Il contributo di cui al presente bando è erogato all'assistito sulla base del P.A.P. elaborato dall'U.V.M., che utilizzerà l'incrocio delle valutazioni sociali e sanitarie per formare una graduatoria di priorità, sulla base della quale verranno erogati i contributi. Avranno priorità le situazioni che presenteranno maggiore gravità sia sanitaria che sociale.

2. L'importo del contributo è determinato in base all'ISEE estratto del beneficiario, fino agli importi massimi di seguito indicati per i vari livelli di isogravità:

<i>Livello di Isogravità</i>	<i>Importo massimo contributo*</i>	<i>Importo massimo contributo**</i>
Isogravità 5	€ 250,00	€ 450,00
Isogravità 4	€ 200,00	€ 400,00
Isogravità 3	€ 150,00	€ 350,00
Isogravità 2	€ 100,00	€ 250,00
Isogravità 1	€ 100,00	€ 200,00

* da corrispondere per contratti di lavoro inferiori o uguali a 25 ore settimanali.

** da corrispondere per contratti di lavoro superiori o uguali a 26 ore settimanali

Per il calcolo del contributo viene utilizzata una formula che tiene conto delle soglie minime e massime dei valori I.S.E.E. come stabilito dalla Legge R. n. 66/2008 e s.m.i., in applicazione dell'Atto di indirizzo di cui alla DGRT 385/2009 e s.m.i.:

$X - \text{quota esente} \cdot (1 - Y) + Y$

Soglia di non esenzione – quota esente

Dove:

X = ISEE estratto del richiedente

Y = importo del buono servizio massimo

3. Il contributo è erogato fino ad un valore I.S.E.E. estratto massimo pari a 4 volte l'ammontare del trattamento minimo della pensione INPS.

4. L'importo del contributo non potrà essere superiore alla spesa effettiva sostenuta dalla famiglia.

5. Per la determinazione e revisione del contributo l'I.S.E.E. estratto di riferimento è quello in corso di validità.

ART. 5 – PROCEDURE DI AMMISSIONE

1. La persona in condizione di bisogno o suo familiare presenta apposita domanda per il contributo di cui al presente bando, utilizzando l'apposita modulistica (allegato A al presente bando), reperibile sui siti

Internet della Società della Salute Pistoiese, dei comuni della Zona Distretto Pistoiese e dell'Azienda USL n. 3 di Pistoia e presso gli Uffici Relazione col Pubblico degli Enti Soci del Consorzio SdS.

2. Al modulo di domanda dovrà essere allegata la seguente documentazione:

- qualora il rapporto di lavoro sia già in essere, copia del contratto tra il datore di lavoro e l'assistente familiare, nel quale siano definiti gli elementi del rapporto di lavoro, con particolare riferimento all'orario settimanale ed alla spesa sostenuta e alla qualifica "C super";
- qualora il rapporto di lavoro sia già in essere, copia domanda di iscrizione all'INPS da parte del datore di lavoro, per lavoro domestico;
- scheda clinica dell'anziano compilata dal medico di medicina generale dell'anziano stesso;
- fotocopia del documento di identità del dichiarante;
- delega autenticata dell'anziano alla sottoscrizione dell'istanza, nel caso in cui il dichiarante sia persona diversa dal beneficiario. La delega deve essere autenticata da Notaio o da Pubblico Ufficiale;
- fotocopia del documento di identità dell'anziano, qualora egli sia persona diversa dal dichiarante;
- delega autenticata dell'anziano alla riscossione dei contributi economici, qualora il dichiarante chieda che la riscossione dei contributi sia a favore di persona diversa dall'anziano non autosufficiente. La delega deve essere autenticata da Notaio o da Pubblico Ufficiale.

ART. 6 – EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO

1. Ai fini dell'erogazione dei contributi, verrà predisposta una graduatoria di priorità mediante l'incrocio delle variabili sociali e sanitarie, ed i contributi saranno erogati secondo l'ordine della graduatoria, fino all'esaurimento delle risorse disponibili.

2. Nel caso di presentazione di un numero di istanze superiore a quelle che sarà possibile soddisfare date le risorse a disposizione, eventuali risorse che dovessero rendersi disponibili saranno attribuite secondo ordine di scorrimento della graduatoria con decorrenza del contributo dal mese immediatamente successivo. Nulla è dovuto in caso di decesso dell'assistito beneficiario del contributo.

3. L'erogazione del contributo decorre dal mese di maggio 2014, fatto salvo quanto previsto al comma 2 del presente articolo e dall'art. 3, comma 2.

4. Gli utenti che abbiano richiesto il contributo per assistente familiare dovranno fornire trimestralmente agli Uffici della SdS Pistoiese – Viale G. Matteotti 35 – Pistoia - copia dei contributi INPS relativi al periodo, a mezzo posta ordinaria, fax o e-mail, entro 15 gg. dalla scadenza stabilita.

5. Saranno effettuati annualmente controlli a campione sul mantenimento dei requisiti richiesti, come previsto dal D.Lgs. 130/2000 e ai sensi del DPR 445/2000 (verifiche ISEE).

ART. 7 – CAUSE DI DECADENZA E SOSPENSIONE DAL CONTRIBUTO

1. Comporta la decadenza dall'erogazione del contributo, ovvero l'esclusione dalla relativa graduatoria, il definitivo venir meno di alcuno dei requisiti o dei presupposti per il riconoscimento del contributo.

2. La decadenza dal beneficio viene dichiarata con autonomo provvedimento ricorrendo una delle seguenti casistiche:

a) dichiarazione dell'U.V.M. di cessazione del P.A.P. per venir meno di alcuno dei presupposti che ne abbiano giustificato la condivisione con l'utente ovvero per sostituzione con nuovo percorso assistenziale incompatibile con il precedente (es. ricovero non temporaneo in struttura di tipo residenziale). In tale ipotesi l'U.V.M., oltre a dare comunicazione al diretto interessato, è tenuta a comunicare immediatamente al competente Ufficio amministrativo l'intervenuta cessazione del P.A.P. per l'espletamento degli ulteriori adempimenti di sua competenza;

b) accertamento del definitivo venir meno di alcuno dei requisiti o presupposti di cui all'art. 3, salve le verifiche di competenza dell'U.V.M. sull'attualità del P.A.P.;

c) ingiustificata omessa produzione nel termine assegnato della documentazione richiesta occorrente all'effettuazione delle previste verifiche o degli adempimenti funzionali all'erogazione del contributo.

3. Fino all'eventuale integrazione della documentazione nei termini sotto riportati, ovvero fino alla dichiarazione di decadenza, l'erogazione del contributo è sospesa.

4. L'omessa presentazione, senza giustificato motivo, della copia attestante il pagamento dei contributi INPS entro 90 giorni dalla scadenza stabilita per tali versamenti determinerà il decadimento dal diritto

alla somma prevista per il trimestre di riferimento salva l'ipotesi di interruzione del rapporto di lavoro con l'assistente familiare.

5. Trascorsi sei mesi senza che sia data notizia circa il pieno ripristino delle condizioni legittimanti il godimento del beneficio, ove non ricorra giustificato motivo per disporre ulteriore proroga della sospensione, viene dichiarata la decadenza dal contributo.

ART. 8 – MODALITÀ E TEMPI DI VERIFICA

1. Il P.A.P. viene verificato alla sua scadenza congiuntamente con l'interessato e/o la sua famiglia rispetto ai risultati ottenuti in termini di benessere dell'assistito, in relazione ai fattori specifici del problema sottoposti a osservazione ed esplicitati nel P.A.P..

2. In caso di sospensione della prestazione, il contributo decorre nuovamente dal mese successivo in cui le condizioni che hanno determinato la sospensione hanno termine.

3. In caso di cessazione della prestazione, il contributo decade dal mese della cessazione stessa.

ART. 9 – TERMINI E MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

1. Le domande per accedere ai benefici di cui al presente bando, compilate sui moduli appositamente predisposti, dovranno pervenire entro le ore 12 del giorno **15 Dicembre 2014** presso la sede della Società della Salute Pistoiese - Viale G.Matteotti, 35 - Pistoia.

2. Le domande potranno essere consegnate:

- a mano presso l'ufficio, che resterà aperto dal lunedì al venerdì dalle ore 09,00 alle 13,00 – presso la sede della Società della Salute Pistoiese - Viale G.Matteotti, 35 - Pistoia.

- oppure spedite tramite il servizio postale con **raccomandata A/R** (in questo caso dovranno necessariamente pervenire entro il termine di cui al comma precedente e **NON farà fede il timbro postale**) e **sulla busta dovrà essere riportata la seguente dicitura:**

“CONTRIBUTI ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA”.

3. La graduatoria rimarrà in vigore fino al **31 Dicembre 2015**.

ART. 10 – INFORMAZIONI

1. Per informazioni sul presente bando sarà possibile rivolgersi al numero telefonico 0573371402 nei giorni da Lunedì a Venerdì dalle ore 9,00 alle ore 11,00.

Il Direttore
Società della Salute Pistoiese
Daniele Mannelli
F.to

Istanza per l'erogazione di contributi economici per l'assistenza domiciliare indiretta (tramite assistenti familiari) a favore di anziani non autosufficienti

**Al Direttore
della Società della Salute Pistoiese**

Il/la sottoscritto/a _____, nato a _____,
(_____), il _____, residente a _____,
CAP _____, Via _____, n. _____, Tel. _____,
Cellulare _____, Codice Fiscale _____, in qualità di:
 Destinatario dell'intervento Delegato Tutore o amministratore di sostegno

c h i e d e

l'erogazione di contributo economico per assistenti familiari a favore

di sé stesso di _____
nato/a a _____ (_____) il _____, C.F. _____
residente nel Comune di _____, CAP _____,
Via _____, n. _____, Tel. _____, Cellulare _____,
domiciliato/a a (*indicare solo se diverso dalla residenza*) _____,
CAP _____, via _____, n. _____, telefono _____.

dichiara

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000, a conoscenza che i dati personali forniti rientrano nel novero dei dati sensibili di cui all'art. 4, comma 1, lett. d) D.Lgs. 196/2003 e specificatamente nei dati personali idonei a rivelare lo stato di salute

- 1) che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;
- 2) che il titolare del beneficio è assistito dal Medico di medicina generale dott. _____;
- 3) che il beneficiario è titolare di REDDITI ESENTI AI FINI IRPEF (indennità accompagnamento - altri assegni invalidità - benefici assistenziali o risarcitori) per un importo complessivo mensile di € _____;
- 4) che, al fine di fornire assistenza al beneficiario,
 si è intenzionati ad assumere un'assistente familiare;
 ha già in essere un rapporto di lavoro con un assistente familiare¹
 si fruisce già di altri servizi assistenziali erogati da Comuni o Azienda USL3 (quali assistenza domiciliare, centro diurno), che, ai sensi della delibera dell'Assemblea dei Soci della Società della Salute Pistoiese n° 2 del 17 marzo 2014, verranno sospesi in caso di erogazione di contributi economici per l'assistenza domiciliare indiretta di cui al presente bando;
- 5) che il reddito **ISEE**² in corso di validità alla data odierna del solo beneficiario della prestazione è pari a € _____.

Inoltre, il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente alla Società della Salute Pistoiese le variazioni intervenute rispetto ai dati contenuti nella presente domanda e negli allegati. In particolare dovrà essere comunicato:

¹ Da barrare in caso di attuale sussistenza di rapporto di lavoro.

² L'ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) – da non confondere con il reddito dichiarato ai fini fiscali - è un indice calcolato gratuitamente dai CAF o Enti Pubblici abilitati finalizzato all'accesso alle prestazioni di tipo sociale ed ha validità annuale.

SCHEDA CLINICA

Dati Assistito

Cognome _____

Nome _____

Data nascita _____

CF _____

Descrizione	Causa di non autosufficienza	Concausa di non autosufficienza
LESIONI MIDOLLARI		
AMPUTAZIONI		
SCLEROSI MULTIPLA		
DISTROFIE MUSCOLARI		
OLIGOFRENIA SEMPLICE		
OLIGOFRENIA COMPLESSA		
ESITI TRAUMI CRANICI		
ESITI POLIO		
FORME NEURODEGENERATIVE		
S.L.A.		
COREA DI HUNTINGTHON		
S. DI DOWN		
PATOLOGIE OSTEOARTICOLARI		
DISTURBI DEL COMPORTAMENTO		
AUTISMO		
TUMORI MALIGNI		
DIABETE MELLITO		
MALNUTRIZIONE		
ANEMIE		
DEMENTIA		
DEPRESSIONE		
PARKINSON		
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 DECUBITO		
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 SI NO
- in fase di terminalità oncologica SI NO
- in fase di terminalità non oncologica SI NO

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

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



DELEGA ALLA SOTTOSCRIZIONE DELL'ISTANZA PER L'EROGAZIONE DI CONTRIBUTI ECONOMICI PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA (TRAMITE ASSISTENTI FAMILIARI) A FAVORE DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI E/O ALLA RISCOSSIONE DEI BENEFICI ECONOMICI

Io sottoscritto/a nato/a a
il residente a via n.....
consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76, nonché di quanto previsto dall'art. 75, del D.P.R. 445/2000

delego

il sig nato/a a
il residente a via n.....

alla sottoscrizione dell'istanza per l'erogazione di contributi economici per l'assistenza domiciliare indiretta (tramite assistenti familiari) da parte della Società della Salute Pistoiese.

.....
luogo data

.....
(firma per esteso del dichiarante)

SPAZIO RISERVATO ALL'AUTENTICA DI SOTTOSCRIZIONE (ART. 21, COMMA 2, DPR 445/2000) DA PARTE DI
NOTAIO O PUBBLICO UFFICIALE

DELEGA ALLA RISCOSSIONE DI CONTRIBUTI ECONOMICI PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA
(TRAMITE ASSISTENTI FAMILIARI) A FAVORE DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Io sottoscritto/a nato/a a

il residente a via n.....

consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76, nonché di quanto previsto dall'art. 75, del D.P.R. 445/2000

delego

il sig nato/a a

il residente a via n.....

a riscuotere per mio conto, e con ciò liberando i terzi da ogni e qualsiasi responsabilità in merito, l'eventuale beneficio economico che mi sia riconosciuto da parte della Società della Salute Pistoiese per assistenza domiciliare indiretta.

.....
luogo

.....
data

.....
(firma per esteso del dichiarante)

SPAZIO RISERVATO ALL'AUTENTICA DI SOTTOSCRIZIONE (ART. 21, COMMA 2, DPR 445/2000) DA PARTE DI
NOTAIO O PUBBLICO UFFICIALE