

## **DETERMINAZIONE Nr. 7 del 27 gennaio 2023**

**OGGETTO: PRO.VI 2020 - Presa d'atto e definizione dei costi e della copertura economica**

L'anno 2023, addì 27 gennaio nella sede di Azienda Sociale Cremonese

### **IL DIRETTORE GENERALE**

PREMESSO:

- Che con comunicazione del Legale Rappresentante prot. 291 del 13/01/22, con riferimento al Decreto Regionale 3979/2021, è stata approvata l'adesione dell'Ambito di Cremona alla Manifestazione di interesse progetto PRO.VI 2020;
- Che la progettualità PRO.VI nel complesso avrà un costo di € 100.000,00 di cui € 80.000,00 a carico del MLPS ed € 20.000,00 come cofinanziamento derivante dalle risorse dell'Ambito e che lo stesso non può includere nel cofinanziamento quota parte di fondi derivanti da FNPS;
- Che la progettualità PRO.V.I. è indirizzata a soggetti di norma maggiorenni, la cui disabilità non sia determinata da naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, che intendono realizzare il proprio progetto di vita senza il supporto del caregiver familiare, ma con l'ausilio di un assistente personale;
- Che l'Azienda Sociale Cremonese ha in delega la gestione dei Fondi di Ambito relativi alla non autosufficienza, ai progetti di Vita Indipendente e ai percorsi di avvicinamento alla residenzialità di cui alla L. 112/2016;
- Che nel corso degli anni si sono impostati diversi progetti di promozione dell'autonomia di persone con disabilità e che per dare prosecuzione ad alcuni di questi si è reso necessario effettuare una ricerca di mercato per trovare disponibilità di adeguato alloggio in affitto;

ESAMINATA la lettera di assunzione (prot. n. 517/23), redatta da API Servizi, allegata alla presente determinazione, di cui forma parte integrante e sostanziale;

CONSIDERATA la comunicazione di avvio attività PRO.V.I. 2020 con lettera prot. n. 2398 del 08/04/22;

CONSIDERATO il formulario prot. n. 2087/22 del 24/03/22 e la riformulazione dello stesso con prot. n. 6884/22 del 19/10/22;

RILEVATO che, l'utente deve beneficiare di almeno 2 delle macroaree tra: Assistente personale; Abitare in autonomia; Inclusione sociale e relazionale; Domotica;

STABILITO CHE la scadenza dell'attività PRO.V.I. 2020 sarà il 30 aprile 2023, salvo proroghe eventualmente accordate da parte di Regione Lombardia.

VALUTATO positivamente il progetto PRO.V.I. in favore dell'utente G.S. (qui allegato) e stabilito di erogare il contributo massimo di € 20.000,00, con le tempistiche di cui sotto;

VISTA la DD n. 4 del 23/01/23;

### **DETERMINA**

1. Di APPROVARE le premesse quali parti sostanziali ed integranti del presente provvedimento;
2. Di APPROVARE l'integrazione alla DD n. 4 del 23/01/23 e gli allegati della presente determinazione;
3. Di DARE ATTO che la sottoscrizione del contratto di assunzione avviene a cura di API SERVIZI ed è stipulato tra l'utente G. S. e l'Assistente Personale B.D.;
4. Di PREVEDERE per l'anno progettuale relativo PRO.V.I. 2020 la spesa di € 22.000,00 per la copertura dei costi della retribuzione dell'assistente personale;
5. DI APPROVARE l'impegno di spesa di € 20.000,00 in favore dell'utente G. S. con le seguenti modalità: pagamento mensile dello stipendio lordo all'assistente personale B.D.;
6. Di PREVEDERE la copertura dei costi con le seguenti modalità:
  - 80% a carico del PRO.V.I. 2020 (FNA 2020)
  - 20% con altri fondi aziendali
7. DI PROVVEDERE all'erogazione di quanto pattuito contestualmente dell'emissione di busta paga;
8. Di pubblicare la presente determinazione sul sito Aziendale.

**IL DIRETTORE GENERALE**

Dr. Graziano Pirotta





# DENUNCIA RAPPORTO DI LAVORO DOMESTICO

N. 9523029265 - 67 DEL 27/01/2023 15:01:35

Data presentazione domanda: 27/01/2023

Ricevuta

Sede INPS di riferimento: CREMONA

Emersione lavoro irregolare: NO

Categoria: **BADANTE**

Datore di Lavoro / Rappresentante Legale

Codice Fiscale: **GRLSSU69S51D150G**

## PERSONA FISICA / RAPPRESENTANTE LEGALE

Cognome: **GIRELLI**

Nome: **SUSI**

Professione:

Cittadinanza: **ITALIANA**

Luogo di nascita: **CREMONA**

Provincia di nascita: **CR**

Data di nascita: **11/11/1969**

Sesso: **F**

## INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO

Indirizzo: **VIA ADDA, 18**

Frazione:

Comune: **SPINADESCO**

Provincia: **CR**

CAP: **26020**

## ESTREMI DEL DOCUMENTO DI IDENTITA'

Tipo documento: **CARTA IDENTITA'**

Numero: **AU5608653**

Scadenza: **11/11/2024**

Lavoratore

Codice Fiscale: **BLZDNS01L50D150S**

## GENERALITA' DEL LAVORATORE

Cognome: **BOLZONI**

Nome: **DENISE**

Cognome del coniuge:

Cittadinanza: **ITALIANA**

Luogo di nascita: **CREMONA**

Provincia di nascita: **CR**

Data di nascita: **10/07/2001**

Sesso: **F**

## INDIRIZZO DEL LAVORATORE

Indirizzo: **VIA GRANDI, 11**

Frazione:

Comune: **CREMONA**

Provincia: **CR**

CAP: **26100**

## ESTREMI DEL DOCUMENTO DI IDENTITA'

Tipo documento: **CARTA IDENTITA'**

Numero: **CA23903KJ**

Scadenza: **10/07/2032**

### Questionario

Tipo Contratto: <b>TEMPO INDETERMINATO</b>	In Sostituzione del:
Data Assunzione: <b>28/01/2023</b>	Data fine rapporto di lavoro:
Numero di ore settimanali: <b>5</b>	
Retribuzione/compenso mensile: <b>€ 440,00</b>	
IL LAVORATORE SVOLGE SERVIZIO CONTINUATO E FRUISCE DI VITTO E ALLOGGIO?	<b>NO</b>
IL DATORE DI LAVORO E' CONIUGE DEL LAVORATORE?	<b>NO</b>
IL DATORE DI LAVORO E' PARENTE O AFFINE ENTRO IL TERZO GRADO DEL LAVORATORE? PARENTELA O AFFINITA'	<b>NO</b>
SUSSISTE CONVIVENZA TRA DATORE DI LAVORO E LAVORATORE?	<b>NO</b>
IL DATORE DI LAVORO E' GRANDE INVALIDO DI GUERRA O DEL LAVORO O VERO MUTILATO O INVALIDO CIVILE O VERO CIECO CIVILE? (CON ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO - LEGGI 18/80, 508/88)	<b>SI</b>
IL DATORE DI LAVORO E' SACERDOTE SECOLARE DI CULTO CATTOLICO?	<b>NO</b>

#### Seguirà comunicazione ufficiale

**Attenzione: La presente ricevuta della domanda di iscrizione non certifica la validità del rapporto di lavoro.**

L'avvenuta registrazione negli archivi INPS sarà comunicata con lettera ufficiale. Qualora entro 30 gg dalla presentazione della domanda non si è ricevuto riscontro ufficiale, contattare la propria sede INPS di riferimento o il Contact Center al numero 803.164.

# Comunicazione obbligatoria del rapporto di lavoro domestico - 1/3

## Sezione 1 - datore di lavoro Datore di lavoro persona fisica

COGNOME GIRELLI    NOME SUSI

CODICE FISCALE GRLSSU69S51D150G    NATO/A CREMONA    IL 11/11/1969

COMUNE O STATO DI NASCITA CREMONA    PROV CR

## Datore di lavoro persona giuridica

DENOMINAZIONE DELLA COMUNITA' RELIGIOSA O CONVIVENZA MILITARE

CODICE FISCALE

INDIRIZZO DI RESIDENZA DEL DATORE

VIA.PIAZZA,LARGO ecc... N. CIV. VIA ADDA 18

COMUNE indicare il comune anche per la frazione SPINADESCO    PROV. CR    CAP 26020

TEL.

indirizzo dove si svolge il rapporto di lavoro (2)

PRESSO    VIA, PIAZZA,LARGO..

FRAZIONE    COMUNE indicare il comune anche per le frazioni

PROV.    CAP    TELEFONO

## documento di identità

TIPO DOCUMENTO CARTA IDENTITA'    NUMERO AU5608653

RILASCIATO DA COMUNE DI SPINADESCO    SCADENZA 11/11/2024

**COMUNICAZIONE OBBLIGATORIA DEL RAPPORTO DI  
LAVORO DOMESTICO - 2/3**

**Sezione 2 – Lavoratore  
Lavoratore**

COGNOME BOLZONI NOME DENISE

CODICE FISCALE BLZDNS01L50D150S NATO/A CREMONA IL 10/07/2001

COMUNE O STATO DI NASCITA ITALIA INDICARE IL COMUNE ANCHE PER LE FRAZIONI

SESSO F PROV. CR CITTADINANZA ITALIANA

**Documento di identità**

TIPO DOCUMENTO CARTA IDENTITA' NUMERO CA23903KJ

RILASCIATO DA COMUNE DI CREMONA SCADENZA 10/07/2032

**Indirizzo**

VIA,PIAZZA,LARGO ecc... e N CIV VIA GRANDI 11 FRAZIONE

COMUNE indicare il comune anche per la frazione CREMONA PROV. CR CAP 26100

TELEFONO CELLULARE

**Estremi del permesso di soggiorno ( solo per lavoratori extracomunitari )**

TIPO DOCUMENTO(3) MOTIVI DEL PERMESSO (4)

NUMERO DOCUMENTO SCADENZA gg/mm/aaaa

RILASCIATO DALLA QUESTURA DI

**Sezione 3 – Assunzione**

DATA INIZIO gg/mm/aaaa 28/01/2023 DATA FINE gg/mm/aaaa

°COLF (6) X °BADANTE (6) ORE SETTIMANALI (7) 5

RETRIBUZIONE / COMPENSO MENSILE (8) 440,00 RETRIBUZIONE ORARIA (8)

**COMUNICAZIONE OBBLIGATORIA DEL RAPPORTO DI  
LAVORO DOMESTICO - 3/3**

## Sezione 4 – Questionario

1. il lavoratore svolge servizio continuato e fruisce di vito e alloggio?  SI  NO

il datore di lavoro e' il coniuge del lavoratore?  SI  NO

il datore di lavoro e' parente o affine entro il terzo grado del lavoratore? (9)  
in caso affermativo specificare il rapporto di parentela o di affinità (genitore,  
figlio, fratello, sorella, cogniato, suocero, nuora, zio, nonno, nipote ecc.) nel  
riguardo accanto  SI  NO

il datore di lavoro e' invalido di guerra o del lavoro o mutilato o invalido  
civile o cieco civile, con indennita' di accompagnamento? (10)  SI  NO

il lavoratore abita con il datore di lavoro?  SI  NO

il datore di lavoro e' sacerdote secolare di culto cattolico ?  SI  NO

Data

firma del datore di lavoro (11) (12) 

## dichiarazione di responsabilita'

Mi impegno a comunicare all'INPS qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avenuto cambiamento.

Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicitá delle autocertificazioni incluse nelle domande e che, in caso di dichiarazione false, posso subire una condanna penale e decadere dai benefici ottenuti.

Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verita' e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazione false.

Data

firma del datore del lavoro (11) (12)



# DENUNCIA RAPPORTO DI LAVORO DOMESTICO

N. 9523008007 - 95 DEL 09/01/2023 16:33:07

Data presentazione domanda: 09/01/2023

Ricevuta

Sede INPS di riferimento: CREMONA

Emersione lavoro Irregolare: NO

Categoria: **BADANTE**

Datore di Lavoro / Rappresentante Legale

Codice Fiscale: **GRLSSU69S51D150G**

## PERSONA FISICA / RAPPRESENTANTE LEGALE

Cognome: **GIRELLI**

Nome: **SUSI**

Professione:

Cittadinanza: **ITALIANA**

Luogo di nascita: **CREMONA**

Provincia di nascita: **CR**

Data di nascita: **11/11/1969**

Sesso: **F**

## INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO

Indirizzo: **VIA ADDA, 18**

Frazione:

Comune: **SPINADESCO**

Provincia: **CR**

CAP: **26020**

## ESTREMI DEL DOCUMENTO DI IDENTITA'

Tipo documento: **CARTA IDENTITA'**

Numero: **AU5608653**

Scadenza: **11/11/2024**

Lavoratore

Codice Fiscale: **LHNKDJ72B60Z330P**

## GENERALITA' DEL LAVORATORE

Cognome: **EL HANBALI**

Nome: **KHADIJA**

Cognome del coniuge:

Cittadinanza: **ITALIANA**

Luogo di nascita: **MAROCCO**

Provincia di nascita: **MA**

Data di nascita: **20/02/1972**

Sesso: **F**

## INDIRIZZO DEL LAVORATORE

Indirizzo: **VIA VITALI, 6**

Frazione:

Comune: **CREMONA**

Provincia: **CR**

CAP: **26100**

## ESTREMI DEL DOCUMENTO DI IDENTITA'

Tipo documento: **CARTA IDENTITA'**

Numero: **AX1675730**

Scadenza: **20/02/2027**

### Questionario

Tipo Contratto: <b>TEMPO INDETERMINATO</b>	In Sostituzione del:
Data Assunzione: <b>10/01/2023</b>	Data fine rapporto di lavoro:
Numero di ore settimanali: <b>30</b>	
Retribuzione/compenso mensile: <b>€ 1.400,00</b>	
IL LAVORATORE SVOLGE SERVIZIO CONTINUATO E FRUISCE DI VITTO E ALLOGGIO?	<b>NO</b>
IL DATORE DI LAVORO E' CONIUGE DEL LAVORATORE?	<b>NO</b>
IL DATORE DI LAVORO E' PARENTE O AFFINE ENTRO IL TERZO GRADO DEL LAVORATORE? PARENTELA O AFFINITA'	<b>NO</b>
SUSSISTE CONVIVENZA TRA DATORE DI LAVORO E LAVORATORE?	<b>NO</b>
IL DATORE DI LAVORO E' GRANDE INVALIDO DI GUERRA O DEL LAVORO O VERO MUTILATO O INVALIDO CIVILE O VERO CIECO CIVILE? (CON ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO - LEGGI 18/80, 508/68)	<b>SI</b>
IL DATORE DI LAVORO E' SACERDOTE SECOLARE DI CULTO CATTOLICO?	<b>NO</b>

#### Seguirà comunicazione ufficiale

**Attenzione: La presente ricevuta della domanda di iscrizione non certifica la validità del rapporto di lavoro.**

L'avvenuta registrazione negli archivi INPS sarà comunicata con lettera ufficiale. Qualora entro 30 gg dalla presentazione della domanda non si è ricevuto riscontro ufficiale, contattare la propria sede INPS di riferimento o il Contact Center al numero 803.164.



## PROGETTO INDIVIDUALE DI INTERVENTO BANDO MINISTERIALE VITA INDIPENDENTE

### ***Dati anagrafici del soggetto:***

NOMINATIVO: Girelli Susi

CODICE FISCALE: GRLSSU69S51D150G

NATA a Cremona il 11/11/1969

RESIDENTE a Spinadesco in via Adda, 18

***Diagnosi: sclerosi multipla con disabilità deambulatoria causata da tetraparesi spastica***

### ***Profilo funzionale:***

La signora Susi presenta un quadro cognitivo integro e buone capacità comunicative, persona di grande cultura (medico anestesista, criminologa, psicoterapeuta, abilitazione per agopuntura e onde d'urto)). Sul piano motorio non è più in grado di deambulare nemmeno con ausili, perciò si sposta nell'ambiente domestico in carrozzina a spinta, non in grado di eseguire i passaggi posturali in autonomia. Necessita di massima assistenza per le attività di vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, eseguire trasferimenti) e per le attività strumentali (preparazione dei pasti e lavori domestici). Necessita di essere cambiata 3 volte al giorno.

E' autonoma nella gestione del figlio adolescente, del denaro, uso del telefono e gestione dei farmaci

### ***Condizioni cliniche:***

già nel 2008 era riconosciuta I.C. al 70% per sclerosi multipla in trattamento immunomodulante e atassia della marcia; nel corso degli anni il quadro clinico si è progressivamente aggravato tanto da esserle riconosciuta I.C. del 100% con accompagnamento e L.104/92 art.3 comma 3. Seguita dal servizio A.D.I. con intervento della fisioterapista due volte a settimana.

Il medico di Medicina Generale, dr.ssa Ciancio, richiede periodicamente ricoveri presso strutture riabilitative per cicli di fisioterapia in acqua. Viene cambiata tre volte al giorno avvalendosi della disponibilità di amiche.

### ***Quadro socio-familiare:***

La signora vive con il figlio di 16 anni, separata da anni dal marito. Entrambi i genitori sono residenti a Spinadesco e la madre rappresenta il familiare di supporto, soprattutto durante i periodi di ricovero, prendendosi cura del nipote.

Susi vive in una casa di proprietà disposta su due piani: al piano terra, adibito a zona giorno, è stato ricavato uno studio - in cui praticava agopuntura e onde d'urto - e una stanza in cui ha attrezzato una stanza da letto con sollevatore elettrico; al piano superiore, adibito a zona notte, accede il figlio. La signora ha svolto attività lavorativa come medico anestesista (ai pre ricoveri) fino al 2016; dal 2016 al 2021 si è dedicata all'attività di psicoterapia e onde d'urto.

Nonostante la necessaria interruzione dell'attività lavorativa, e la forte riduzione delle uscite comunitarie, la signora non sente la necessità di interventi che favoriscano la socializzazione in quanto, attualmente, si dedica allo studio dell'astronomia e medicina olistica che assorbe gran parte delle proprie giornate. Questo le ha anche permesso di entrare in contatto con nuove realtà, sia pur virtuali, che la rendono serena e attiva.

## **CONOSCENZA DEL PROGETTO – AUTODETERMINAZIONE – BISOGNI ESPRESSI**

L'A.S. di Spinadesco, che segue la situazione, ha chiesto una consulenza all'equipe disabilità di ASC per essere supportata in una progettualità a favore di Susi.

L'equipe ha chiesto di poter incontrare la signora Girelli per meglio inquadrare la situazione, valutare i bisogni espressi e non espressi.

In una prima visita domiciliare, effettuata in data 2/8/2022 (A.S. Spinadesco, psicologa ASC, E.P.), Susi chiede di poter essere aiutata riprendere le proprie autonomie di vita presso il domicilio senza interferire con la quotidianità del figlio adolescente, accusando la medicina tradizionale di averla "ridotta sulla carrozzina".

L'equipe presenta a Susi una gamma di interventi che potrebbero migliorare la propria qualità di vita attraverso la sperimentazione di un appartamento attrezzato e la valutazione per ausili domotici specificando, in maniera inequivocabile, che si tratta di interventi di natura sociale/ socio-assistenziale che non porteranno a modificare la sua condizione clinica ma tesi a favorire il miglioramento della qualità di vita.

Si concorda una ulteriore visita domiciliare con i consulenti della Cooperativa Sim-patia.

I bisogni espressi afferiscono a due aree:

- mantenimento della miglior autonomia possibile in casa,
- aiuto strutturato per la cura di sé.

## **ESITO VALUTAZIONE IN EQUIPE INTER-ISTITUZIONALE**

A seguito dei bisogni espressi dalla signora, delle valutazioni effettuate a domicilio e dalle informazioni assunte dagli operatori che già intervengono si è pervenuti alle seguenti scelte:

- si ritiene necessario proporre un'esperienza fuori dal contesto di vita quotidiano in appartamento protetto e attrezzato presso coop Sim-patia per verificare quali azioni può realmente compiere in autonomia senza l'ausilio persone fisiche e il livello di assistenza necessario;
- attraverso l'esperienza in appartamento protetto valutare necessità di domotica;
- accompagnare Susi alla consapevolezza della necessità di avere una figura stabile in affiancamento e aiuto
- attivazione graduale di A.P.

## **INTERVENTI PREVISTI**

L'esito della valutazione è stato condiviso con Susi.

- 1 mese di sperimentazione appartamento protetto e attrezzato
- Sperimentazione A.P.
- Attivazione A.P.
- domotica

**Monitoraggi previsti**

- Durante la sperimentazione dell'abitare in autonomia verranno svolte videochiamate settimanali con la Coop Sim-patia per il monitoraggio della situazione e chiamate con Susi
- Verifica conclusiva e restituzione del percorso svolto da parte di Sim-patia verso equipe ASC e Susi.
- Colloqui mensili di accompagnamento alla consapevolezza del bisogno di assistenza stabile
- Verifiche di progetto bimestrali
- Incontri al bisogno

Luogo e data CREMONA 10.08.22

Firma Componenti Equipe Multiprofessionale

Silvia Mondino  
Marta Basso  
Paolo...

