

Allegato A

**Avviso pubblico per la presentazione delle domande di
accesso all'Assegno di cura
per pazienti non autosufficienti gravissimi**

- Del. G.R. n. 1502 del 07/08/2018 -

*Il presente allegato si compone di n. 18 (diciotto) pagg.,
inclusa la presente copertina*



Premessa

Le presenti direttive sono state predisposte dalla Sezione Inclusion sociale attiva e Innovazione reti sociali in applicazione della Del. G.R. n. 1502/2018 e del Decreto FNA 2017-2018, al fine di delineare puntualmente le procedure per la presentazione delle domande e per la concessione degli Assegni di cura per l'annualità 2018.

Le presenti direttive sostituiscono integralmente ogni atto precedente adottato dalla Regione Puglia in materia.

L'Assegno di cura si definisce misura di *supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia, nella forma di trasferimenti monetari per il sostegno al reddito del nucleo familiare in cui la persona non autosufficiente vive e comunque orientato all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato e in tal senso monitorati dai servizi sociali dei Comuni e dal distretto sociosanitario della ASL di riferimento. In Puglia l'Assegno di cura si configura come trasferimento economico condizionato alla attivazione di specifiche prestazioni, che possono essere erogate da unità di offerta formali ed esterne al nucleo familiare (assistente familiare o badante, OSS, altro operatore professionale) ovvero da componenti del nucleo familiare (care giver familiare), escludendo che l'assegno di cura possa essere utilizzato per l'acquisto di beni e servizi a carattere sanitario, vista l'infungibilità del FNA e del FRA per spesa sanitaria.*

La misura è attivata in Puglia in favore delle persone in condizione di disabilità gravissima, a complemento delle altre prestazioni, prevalentemente sanitarie e di elevata intensità assistenziale, a supporto di una presa in carico domiciliare appropriata e sostenibile rispetto alle patologie presenti e al coinvolgimento del nucleo familiare.

L'attuazione di questa misura, a partire dal 2018, e comunque successivamente alla approvazione della disciplina nazionale per l'utilizzo del Fondo per il riconoscimento del valore economico e sociale dell'attività di cura non professionale del "caregiver familiare", di cui ai commi 254-255 della l.n. 205/2017 (Legge di Bilancio 2018), sarà accompagnata da un graduale percorso di emersione e regolarizzazione del lavoro di cura, nonché di protezione dello stesso sotto il profilo assicurativo e previdenziale, sia per i care giver formali (OSS di assistenza di base alla persona, assistenti familiari, altre figure ausiliarie) sia per i care giver familiari. Peraltro lo stesso Fondo in corso di attivazione a livello nazionale consentirà a ciascun nucleo familiare il rimborso delle maggiori spese per il versamento dei contributi e dei premi assicurativi.

La Governance per l'attuazione della misura

Ai fini dell'attuazione della misura "Assegno di cura per pazienti non autosufficienti gravissimi" svolgono un ruolo attivo nella *governance* per l'attuazione della procedura complessiva di presa in carico i seguenti soggetti in quanto attori del processo:



- la Regione Puglia – Dipartimento Politiche per la Salute, il Benessere sociale e lo Sport per tutti : adotta apposite direttive per l’attuazione, approva il riparto delle somme alle ASL, eroga anticipatamente le somme alle ASL sulla base dei criteri di riparto già approvati con Del. G. R. n. 1502/2018, cura la progettazione della apposita piattaforma informatica¹ e ne cura l’accesso per gli operatori e per i familiari dei pazienti aventi i requisiti minimi per la presentazione della domanda; nella gestione delle domande, attraverso la piattaforma telematica, la Regione cura anche che per ciascun nucleo familiare richiedente, laddove emerga la non ammissibilità della domanda di Assegno di cura, sia anche guidato l’accesso alla misura di sostegno economico ReD 2.0 /Care giver di cui alla Del. G.R. n. 939/2018;
- il responsabile amministrativo (RUP) di ciascuna ASL:
 - a) cura una diffusa informazione sul territorio di riferimento aziendale,
 - b) accede alla piattaforma informatica per acquisire le domande presentate e verifica le domande pervenute tramite piattaforma informatica,
 - c) acquisisce da piattaforma informatica gli esiti della valutazione multicriteria del profilo socioeconomico del nucleo familiare di appartenenza, al fine di prendere atto della graduatoria provvisoria di tutte le domande pervenute, nelle more di acquisire la verifica di ammissibilità rispetto ai requisiti minimi di accesso (possesso della condizione di gravissima non autosufficienza). Si precisa che la graduatoria viene elaborata sulla base di soli criteri oggettivi, mediante attribuzione automatica di punteggi su criteri di composizione familiare e condizione socioeconomica del nucleo, avvalendosi della cooperazione applicativa per l’acquisizione dei dati dalla banca dati ISEE di INPS;
 - d) si raccorda con le direzioni Distrettuali per la costruzione dell’agenda per le UVM distrettuali, ove rilevanti, ovvero per i medici specialisti, al fine di assicurare un tempestivo esame delle domande per le quali si richiede la valutazione multidimensionale ovvero valutazione sanitaria delle domande , in ogni caso espresse secondo le scale di valutazione di cui al Decreto FNA 2016 per famiglie di patologie;
 - e) acquisisce gli esiti delle valutazioni condotte in ciascun Distretto sociosanitario, al fine di completare l’istruttoria delle domande per determinarne l’ammissibilità o la non ammissibilità rispetto all’effettivo possesso dei requisiti minimi di accesso;
 - f) predispone e adotta (ovvero istruisce per la Direzione del DSS o della ASL, in relazione alle modalità organizzative adottate e alle responsabilità affidate al RUP di ciascuna ASL) i provvedimenti

¹ <http://www.sistema.puglia.it/portal/page/portal/SolidarietaSociale/ASCURA2018>

amministrativi di approvazione degli elenchi degli ammessi al beneficio economico, per tranches successive. Nella predisposizione degli atti si tiene conto della effettiva disponibilità di risorse rispetto alla quota assegnata a ciascuna ASL dal riparto regionale.

- g) Dispone con tempestività le erogazioni monetarie periodiche del beneficio economico agli aventi diritto.
- i Distretti Sociosanitari di tutte le ASL pugliesi curano la piena operatività delle UVM e dei medici specialisti di competenza per la specifica lavorazione di tutte le domande che richiedono la VMD ovvero la valutazione sanitaria, ovvero la conversione della valutazione già effettuata rispetto alla scale di valutazione della gravissima non autosufficienza di cui al Decreto FNA 2016, dando ogni disposizione organizzativa necessaria ad assicurare tempi di lavorazione dei casi connessi alle domande i più tempestivi, e comunque non superiori a 60 gg dal rilascio degli elenchi provvisori di domande per ASL; inoltre curano la piena realizzazione dei PAI elaborati con specifico riferimento alla attivazione o al potenziamento delle prestazioni domiciliari integrate se richieste;
 - i referenti aziendali per le cure SLA: collaborano con DSS per individuare preventivamente i casi di pazienti SLA, SMA e affini potenzialmente beneficiari, sollecitando la presentazione delle domande da parte dei relativi nuclei familiari assicurano il monitoraggio dei casi di nuova diagnosi per darne tempestiva comunicazione al responsabile amministrativo, supportano l'UVM per la definizione di PAI appropriati rivolti all'erogazione di cure domiciliari integrate;
 - i referenti aziendali per le malattie rare e il referente medico delle task force per le malattie rare: individuano preventivamente i casi di malattie rare potenzialmente beneficiari, sollecitando la presentazione delle domande da parte dei relativi nuclei familiari;
 - il Servizio sociale professionale dell'Ambito territoriale in cui risiede il beneficiario (assistito), ovvero del Comune, che è coinvolto sia nel percorso di valutazione delle condizioni socioeconomico-familiari, partecipando alle attività delle UVM, ove richieste, concorrendo ad assicurare tempi di lavorazione dei casi connessi alle domande in linea con quanto stabilito dalla Del. G.R. n. 691/2011; inoltre assicura il monitoraggio e controllo dell'attuazione del PAI, per quanto di competenza;
 - le Associazioni delle famiglie dei pazienti più rappresentative a livello regionale, che partecipano al Tavolo regionale per le Disabilità per assicurare il monitoraggio dell'attuazione della misura, e che, inoltre,



supportano i nuclei familiari per la corretta informazione sui diritti e sulle procedure di accesso ai benefici, concorrono al funzionamento dei Centri di Ascolto per le famiglie di pazienti, che sono rivolti a tutte le patologie o gruppi di patologie già indicate nel Decreto FNA 2016 (art. 3).

I soggetti beneficiari e le priorità di accesso

a. Requisiti di accesso

In ossequio all'articolo 3 del citato Decreto interministeriale 26.09.2016 di disciplina e riparto del FNA 2016, e precisamente al comma 2, possono accedere all'Assegno di cura, previa presentazione di domanda di accesso, le persone in condizione di gravissima disabilità e non autosufficienza residenti nella Regione Puglia almeno a far data dal 1° gennaio 2018, che si trovino – al momento della presentazione della domanda - in entrambe le seguenti situazioni che configurano requisiti di accesso:

- 1- beneficiari di indennità di accompagnamento di cui alla l. n. 18/1980 o comunque non autosufficienti ai sensi dell'Allegato 3 del DPCM n. 159/2013 (quarta colonna "Non Autosufficienza" del prospetto in All.3);
- 2- almeno una delle condizioni di non autosufficienza gravissima di cui al comma 2 lett. a), b), c), d), e), f), g), h), i) dell'articolo 3 del Decreto FNA 2016 come di seguito richiamate:

a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala *Glasgow Coma Scale* (GCS) ≤ 10

b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);

c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala *Clinical Dementia Rating Scale* (CDRS) ≥ 4

d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata da livello sulla scala *ASIA Impairment Scale* (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B

e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala *Medical Research Council* (MRC), o con punteggio alla *Expanded Disability Status Scale* (EDSS) ≥ 9 , o in stadio 5 di *Hoehn e Yahr mod*

f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore

g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello della classificazione del DSM-5

h) persone con diagnosi di ritardo mentale grave o profondo, secondo classificazione DSM-5, con $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala *Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardati* (LAPMER) ≤ 8

i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche



Nel caso la condizione di cui alle suindicate lettere a) e d), sia determinata da eventi traumatici e l'accertamento dell'invalidità non sia ancora definito ai sensi delle disposizioni vigenti, gli interessati potranno comunque presentare la domanda ed eventualmente accedere al beneficio, nelle more della definizione del processo di accertamento, in presenza di una diagnosi rilasciata nel primo semestre 2018 da struttura ospedaliera o sanitaria specialistica del SSR pugliese o di altra Regione italiana, o con essi convenzionata.

Nessun altro requisito né di condizione economica né di tipologia di prestazione sociale agevolata, sociosanitaria o sanitaria sia requisito di accesso, a cui cioè condizionare la presentazione della domanda.

In fase di istruttoria della domanda, previa compilazione on line della domanda, sarà disponibile in cooperazione applicativa il servizio di consultazione on line delle banche dati del sistema Edotto (flusso SIAD in primis) relative alla fruizione - alla data almeno del 14 luglio 2018, quale data di avvio della nuova annualità, ovvero più aggiornata - di:

- accessi domiciliari a valere su Cure Domiciliari integrate di I, II o III livello
- PAI – Progetto assistenziale Individualizzato attivo alla data di presentazione della domanda, con fruizione di prestazioni a carattere domiciliare.

Analogamente sarà disponibile il servizio di consultazione on line delle banche dati del Sistema Informativo Sociale relative alla fruizione - alla data del 14 luglio 2018, quale data di avvio della nuova annualità, ovvero più aggiornata - di:

- progetti di vita indipendente (PRO.V.I.) per disabilità grave;
- buoni servizio per l'accesso a servizi comunitari a ciclo diurno.

Tanto al fine di ridurre gli oneri istruttori per gli uffici amministrativi delle ASL e facilitare la verifica di alcuni dei criteri di priorità oggetto di autocertificazione.

Le suddette informazioni saranno acquisite in uno con la domanda dal Distretto Sociosanitario competente per ricomporre il quadro complessivo della valutazione sanitaria richiesta al personale sanitario specialista per disciplina afferente al fine di attestare la presenza di condizioni di gravissima non autosufficienza, anche nell'ottica di adeguare le valutazioni già effettuate nell'annualità precedente in senso più restrittivo, data una più appropriata applicazione delle scale di valutazione di cui al Decreto FNA 2016.

In particolare l'attestazione di fruizione di CDI di III livello potrà ulteriormente supportare l'assoluta gravità della condizione di non autosufficienza, mentre la fruizione di Pro.V.I. ovvero di buoni servizio per la frequenza di un centro socio educativo-riabilitativo potrà supportare la revisione della valutazione di gravità, attese le caratteristiche di minore gravità richieste per un accesso appropriato alle suddette prestazioni, che si ricorda sono prestazioni a rilievo sociale e socioeducativo, e quindi, per definizione, non rivolte a pazienti in condizione di gravissima non autosufficienza, salvo rilevare la non appropriatezza delle accoglienze in questi centri diurni.



Al fine di ridurre i tempi di attesa per l'espletamento delle valutazioni sanitarie per tutti i cittadini, la Del. G.R. n. 1502/2018 già dispone che le ASL provvedano tempestivamente, anche nelle more della scadenza del termine di presentazione delle domande, in tutti i Distretti sociosanitari ad organizzare le attività di valutazione sanitaria dei casi già in carico, con i seguenti obiettivi:

- individuare, tra tutti gli utenti che hanno già fruito dell'Assegno di cura 2017-2018, fino al 13 luglio 2018, coloro che presentano un quadro di assoluta gravità e di totale dipendenza h24 da macchinari per la respirazione e l'alimentazione indotta, non reversibile, sostenuta dalla fruizione in via continuativa di prestazioni domiciliari sanitarie di III livello; in tal caso la valutazione di gravissima non autosufficienza potrà essere confermata d'ufficio;
- individuare, tra tutti gli utenti che hanno già fruito dell'Assegno di cura 2017-2018, coloro che presentano un quadro di gravità, sostenuta dalla fruizione in via continuativa di prestazioni domiciliari sanitarie di I, II e III livello (diversi dai casi di cui al punto precedente); in tal caso la valutazione di gravissima non autosufficienza dovrà essere confermata ovvero rivista e corretta previa revisione del caso da parte degli specialisti competenti, anche con il supporto della Unità di Valutazione Multidimensionale, per supportare adeguatamente la revisione della valutazione, anche in difformità con quanto disposto nella annualità precedente;
- predisporre per la valutazione di tutti gli altri casi e dei casi non conosciuti dai servizi distrettuali o specialistici della ASL, e derivanti da nuove domande 2018, l'agenda delle equipe di medici specialisti per le valutazioni sanitarie ovvero l'agenda della UVM, se richiesta anche la valutazione multidimensionale del caso, associando in ogni caso alla compilazione della Scheda S.V.A.M.A. e della Scheda S.V.A.M.DI. anche una delle scale di valutazione di cui all'Allegato al Decreto FNA 2016, che rimangono vincolanti. In particolare l'equipe specialistica ovvero la UVM si avvale dei Servizi Sociali del Comune di residenza di ciascun caso richiedente l'assegno di cura per verificare la effettiva composizione del nucleo familiare in cui stabilmente il richiedente non autosufficiente vive, nonché per effettuare verifiche, anche a campione, sulla effettiva condizione lavorativa dei componenti maggiorenni e non in età pensionabile del nucleo.

Con specifico riferimento ai pazienti che alla data di presentazione della domanda siano in condizione di ricovero temporaneo presso struttura ospedaliera, sanitaria extraospedaliera (RSA, art. 26,...) o struttura sociosanitaria (RSSA,...), gli stessi ovvero i loro congiunti possono presentare formale istanza di accesso al beneficio economico "Assegno di cura" solo se è già calendarizzata la dimissione, entro 30 giorni dalla data di presentazione della domanda medesima.

Si precisa che in caso di ricovero ospedaliero e in caso di decesso dell'assistito, il nucleo familiare dell'assistito ovvero il soggetto richiedente, è tenuto a comunicare tempestivamente detto evento, al fine di consentire agli Uffici della ASL di acquisire



la necessaria documentazione e monitorare i casi in cui è necessario sospendere o revocare il beneficio economico.

b. Criteri di priorità per l'accesso all'Assegno di cura

In presenza di una dotazione finanziaria limitata, e a fronte di una platea potenziale di richiedenti l'Assegno di cura che si presenta particolarmente ampia, per effetto della gestione estensiva avutasi nell'annualità 2017-2018, essendo quest'ultimo un anno di transizione tra il vecchio e nuovo regime della misura, anche in confronto con i dati relativi ad altre Regioni italiane, si rende necessario declinare criteri di priorità che rendano oggettiva e assolutamente non discrezionale la selezione da parte di ciascuna ASL dei casi da ammettere prioritariamente al beneficio economico, laddove dovessero pervenire volumi di domande superiori a quelle che potranno trovare copertura finanziaria sulla dotazione finanziaria.

La ratio dei criteri di priorità è quella di individuare, tra tutte le domande che perverranno per la nuova annualità:

- i casi che si trovino in contesti familiari più fragili in quanto esposti al disagio sociale, a maggiori carichi di lavoro di cura e a maggiore fragilità economica;
- i casi di maggiore dipendenza da prestazioni domiciliari erogate da care giver formali, in assenza accertata di supporto familiare;
- i casi che ricevono già altre prestazioni sanitarie ad elevata intensità di cure, perché si presuppone che siano già riconosciuti come pazienti assolutamente gravissimi.

Per contro sono considerati meno prioritari i casi che già ricevono altre prestazioni sociali a ristoro, anche parziale, del carico di cura socioassistenziale e/o della spesa per l'accesso a diverse prestazioni socio assistenziali, con il solo obiettivo di orientare la domanda di assistenza verso altre prestazioni di sostegno economico al reddito, quali ad esempio il ReD 2.0/Care giver che è stato di recente introdotto con Del. G.R. n. 939/2018, che può cumularsi con altri buoni servizio per l'accesso agevolato alle prestazioni sociali.

A tal fine, e nella ratio sopra riportata, le domande di accesso alla misura saranno istruite per l'attribuzione di un punteggio oggettivo, derivante da una valutazione multidimensionale del bisogno sociale dei nuclei, che – giova ribadirlo – non costituisce requisito di accesso, bensì mero criterio di priorità, enunciato in questa sede per ragioni di equità, di trasparenza e di maggiore efficacia della misura.

La griglia di valutazione che consente di attribuire un punteggio massimo di 100 p. è così articolata:

Condizione lavorativa dei i componenti del nucleo familiare **max punti 15**

- *tutti i componenti del nucleo hanno età ≥ 65 anni* 0 p.
- *almeno un componente maggiorenne del nucleo ha età ≤ 64 anni, in condizione attiva e non è occupato* 10 p.
- *tutti i componenti maggiorenni del nucleo hanno età ≤ 64 anni, in condizione attiva e non sono occupati* 15 p.



Condizione di fragilità sociale del nucleo familiare **max punti 25**
(punteggio alla situazione prevalente)

- Avente diritto che vive da solo 25 p.
- Avente diritto che vive solo con altro componente
disabile/anziano 20 p.
- Avente diritto con altri disabili nel nucleo familiare 20 p.
- Avente diritto che vive solo con il coniuge 15 p.
- Avente diritto che vive solo con altro parente di 1° o 2° grado
15 p.
- Avente diritto con nucleo familiare monogenitoriale 15 p.
- Avente diritto con nucleo familiare non ricadente nei casi
precedenti e con più di 1 minore 10 p.
- Avente diritto con altro nucleo familiare non ricadente nei casi
precedenti 5 p.

**Fruizione² di altre prestazioni sociali agevolate e/o di altre prestazioni socio
assistenziali**

Max punti 30

- l'avente diritto risulta già titolare di Pro.V.I. 0 p.
- l'avente diritto NON risulta titolare di Pro.V.I. 10 p.

- l'avente diritto risulta già titolare di buono servizio per centri diurni 0 p.
- l'avente diritto NON risulta titolare di buono servizio per centri diurni 10 p.

- il nucleo dell'avente diritto risulta già titolare di ReD - Rel (ovvero SIA) 0 p.
- il nucleo dell'avente diritto NON risulta titolare di ReD - Rel (ovvero SIA) 10 p.

**Fruizione³ di altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie domiciliari (anche
riabilitative)**

(punteggio alla situazione prevalente)

Max punti 30

- l'avente diritto risulta già titolare di CDI III livello 30 p.
- l'avente diritto risulta già titolare di CDI II livello 25 p.
- l'avente diritto risulta già titolare di CDI I livello 20 p.
- l'avente diritto risulta già titolare di assistenza domiciliare riabilitativa
ovvero fruitore di prestazioni riabilitative per disturbi dello spettro
autistico (non compartecipate dall'apposito fondo regionale) 20 p.
- l'avente diritto NON risulta titolare di CDI 0 p.

² Già in essere alla data di pubblicazione della DGR n. 1502/2018.

³ Già in essere alla data di pubblicazione della DGR n. 1502/2018.



Tempi di attivazione

La disciplina oggetto della Del. G.R. n. 1502/2018 sostituisce integralmente l'Allegato A della Del. G. R. n. 1152/2017 e tutti gli atti conseguenti, ha valenza pluriennale, in linea con quelli che saranno gli indirizzi nazionali di riferimento e, comunque, nella more che venga approvato il nuovo Piano Nazionale non autosufficienza, come previsto all'art. 7 del Decreto FNA 2016 del 26.09.2017, salvo quanto diversamente disposto da ulteriori provvedimenti di Giunta Regionale e connessi alle coperture finanziarie o alla necessità di disciplinare diversamente alcuni dei dispositivi dell'Assegno di cura.

La procedura di ammissione a beneficio per gli utenti richiedenti è una procedura che prende avvio con la pubblicazione della Del. G.R. n. 1502/2018 sul BURP (avvenuta sul BURP n. 115 del 4 settembre 2018), seguita dalla approvazione di apposito Avviso pubblico regionale, che fissa le modalità operative di presentazione delle domande e di funzionalità della piattaforma telematica per la gestione dematerializzata e trasparente dell'intera procedura istruttoria e di ammissione. L'Avviso pubblico si configura come procedura chiusa, ovvero a scadenza, con successiva elaborazione di elenco di domande ordinato in base al punteggio complessivo dei criteri di priorità, da valutare sulla base delle valutazioni sanitarie e delle valutazioni multidimensionali.

Solo nel caso in cui, a seguito della prima fase di apertura del termine per la presentazione delle domande, le domande ammesse dovessero assorbire meno risorse di quelle complessivamente disponibili per ciascuna ASL a seguito di riparto regionale, allora a livello regionale sarà possibile aprire una seconda finestra per consentire la nuova presentazione di domande per:

- a) utenti che non avessero avuto adeguata informazione sulla misura "Assegno di Cura" nella prima fase
- b) utenti per i quali si sia registrato un aggravamento della condizione di non autosufficienza, all'indomani della scadenza della prima finestra.

Pertanto il presente Avviso pubblico è articolato per l'annualità 2018-2019 nelle seguenti fasi temporali⁴:

⁴ I termini di cui alla De. G.R. n. 1502/2018 sono stati aggiornati per tenere conto del fatto che l'approvazione dell'Avviso è successiva alla data del 24 settembre 2018, per consentire la prosecuzione del confronto con le Associazioni rappresentate al Tavolo Regionale per le disabilità, e tengono in ogni caso conto delle medesime ampiezze temporali per ciascuna fase.



| Finestre* | Fasi di lavorazione | | | |
|---|---------------------------|---|---|--|
| | Presentazione domande | Formazione elenco di domande ordinato (punteggio dei criteri di priorità) | Maturazione del beneficio | Erogazione del beneficio |
| I finestra | 15 ott. - 16 nov. 2018 | 19 nov. - 7 dic. 2018 | Dal 14 luglio 2018 | Data del provvedimento della D.G. ASL di ammissione al beneficio |
| Il finestra (eventuale, in relazione alle risorse residue disponibili) | 01-31 marzo 2019 | 1-15 aprile 2019 | Data di presentazione delle domande | Data del provvedimento della D.G. ASL di ammissione al beneficio |

Il provvedimento di ammissione a beneficio è affidato alle ASL di riferimento che, a fronte degli elenchi di domande ammissibili ordinati in base al punteggio complessivo dei criteri di priorità, della verificata gravissima non autosufficienza e della capienza delle risorse assegnate a seguito di riparto regionale, approva l'elenco delle domande ammesse a beneficio, con indicazione espressa della prenotazione di importo pari al beneficio economico mensile per 12 mensilità. A questi provvedimenti seguono i conseguenti dispositivi di pagamento, sempre di competenza delle ASL. Ciascuna ASL eroga il primo rateo corrispondente al valore cumulato degli Assegni mensili dal 14 luglio 2018 alla data di ammissione a beneficio, e successivamente ratei bimestrali posticipati.

L'avvio della erogazione è disposta con apposito provvedimento della Direzione Generale, ed è subordinata⁵ alla attestazione da parte del richiedente, in nome e per conto del beneficiario (se diverso), della attivazione e/o della vigenza delle posizioni assicurativa e previdenziale per almeno un care giver formale o per almeno un care giver familiare coinvolto nel progetto assistenziale individualizzato.

⁵ Detta previsione si applica solo ed esclusivamente a seguito dell'avvenuta disciplina da parte del Governo nazionale del riconoscimento del care giver familiare e dell'utilizzo delle somme di cui al Fondo istituito con il comma 254 dell'art. 1 della l. n. 205/2017.



Beneficio economico

Per la nuova annualità dell'Assegno di cura (2018-2019) che sul piano della gestione amministrativa e contabile prende avvio in continuità con l'annualità precedente (le cui 12 mensilità di esauriscono il 13 luglio 2018), e quindi dal 14 luglio 2018, sono disponibili le seguenti risorse finanziarie, così come da ricognizione contenuta nella Del. G.R.n. 1502/2018:

- a) Euro 12.000.000,00 a valere sul Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (Cap. 785000 - competenza 2018) ☐
 - b) Euro 13.000.000,00 a valere sul Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (Cap. 785060 - competenza 2018, per il quale il Ministero del Lavoro e Politiche Sociali è in procinto di approvare il Decreto di riparto FNA 2018) ☐
- per un totale di Euro 25.000.000,00.

L'importo del beneficio economico denominato "Assegno di cura" per pazienti gravissimi è determinato nella misura di Euro 900,00 mensili, fino a un massimo di Euro 10.800,00 annui, al fine di avere una platea di beneficiari la più congrua possibile dati i vincoli di spesa finanziaria, che si attesta su un numero minimo di 2.314 beneficiari.

In ogni caso il compunto delle mensilità maturate e dei relativi importi del beneficio concesso decorre dal 14 luglio 2018.

Nel caso in cui una delle condizioni di non autosufficienza gravissima di cui al comma 2 lett. a), b), c), d), e), f), g), h), i) dell'articolo 3 del Decreto FNA 2016 già dettagliate, sia insorta e sia stata accertata (almeno con diagnosi specialistica rilasciata da struttura ospedaliera o sanitaria specialistica del SSR pugliese o di altra Regione italiana, o con essi convenzionata) nel lasso di tempo intercorrente tra 14/07/2018 e il momento della presentazione della domanda, il compunto delle mensilità maturate e dei relativi importi del beneficio concesso decorrerà dalla data della suddetta diagnosi.

L'importo è calcolato pro quota quando a causa di decesso, ovvero sospensione o revoca del beneficio, occorre considerare un periodo inferiore alla mensilità intera.

La Regione, a fronte del provvedimento di impegno contabile e di riparto delle somme complessivamente disponibili, eroga anticipatamente alle ASL le risorse necessarie per consentire i trasferimenti monetari ai beneficiari, in modo da non generare ritardi nelle erogazioni connessi in qualche modo con il flusso finanziario della misura stessa.

Il beneficio economico dell'Assegno di cura è incompatibile con:

- il buono servizio per la frequenza di Centri diurni
- l'incentivo regionale per progetti di vita indipendente
- l'incentivo regionale per progetti di "dopo di noi" (componente assistente personale)



- il contributo regionale per il rimborso parziale della spesa sostenuta per le terapie riabilitative connesse a disturbi dello spettro autistico.

In tutti i casi di non ammissibilità della domanda ovvero di incompatibilità con altro beneficio economico, il richiedente sarà indirizzato a formulare domanda di ReD 2.0/Care giver, se sussistono condizioni di seria fragilità economica.

Si precisa, invece, che la misura "Buono servizio per l'accesso ai servizi domiciliari" non è incompatibile con la misura "Assegno di cura", con specifico riferimento all'ADI a domanda individuale, al fine di potenziare l'efficacia dei progetti individuali di assistenza (PAI).

Presentazione delle domande

Per garantire la semplificazione amministrativa e la celerità delle procedure di attribuzione del contributo, le domande di accesso al contributo dovranno essere presentate esclusivamente on line dai nuclei familiari dei pazienti aventi diritto, e la ASL di riferimento, con il responsabile amministrativo appositamente individuato, le prende in carico per le successive fasi istruttorie.

L'istanza di accesso al contributo dovrà essere compilata esclusivamente e a pena di esclusione su piattaforma dedicata on line (accessibile dal link <http://www.sistema.puglia.it/portal/page/portal/SolidarietaSociale/ASCURA2018>) dal soggetto beneficiario (assistito) ovvero da altro soggetto richiedente, come già specificato innanzi, secondo il modello di domanda consultabile on line, secondo il format allegato al presente Avviso pubblico (Allegato 1). Il format di domanda è vincolante per la realizzazione dell'interfaccia su piattaforma informatica.

Ai fini della compilazione della domanda, l'inserimento dei dati anagrafici/fiscali del richiedente e del beneficiario consentirà di accedere alla Banca dati ISEE di INPS per desumere la composizione del nucleo familiare, semplificando la compilazione medesima. Inoltre in fase istruttoria le ASL avranno immediato accesso alle banche dati degli utenti fruitori di cure domiciliari sanitarie nonché dei fruitori delle altre prestazioni sociali agevolate a regia regionale, in modo da ridurre al minimo i tempi di istruttoria delle domande.

Alla domanda dovrà essere allegata (mediante caricamento di file in formato pdf) la documentazione necessaria per attestare le condizioni non altrimenti verificabili da sistemi informativi già a disposizione della ASL, e quindi la documentazione che non sia già in possesso delle pubbliche amministrazioni coinvolte, nonché la eventuale diagnosi specialistica - rilasciata nel primo semestre 2018 da struttura ospedaliera o sanitaria specialistica del SSR pugliese o di altra Regione italiana, o con essi convenzionata - attestante la condizione di gravissima non autosufficienza da patologia specifica determinata da eventi traumatici riconducibile alle lettere a) e d), dell'art. 3 comma 2 del Decreto FNA 2016, per pazienti che al momento della



presentazione della domanda non abbiano ancora conseguito il riconoscimento di indennità di accompagnamento.

Dopo avere completato la compilazione della domanda, il sistema genera il formato finale della domanda che si prega di verificare rispetto alla correttezza di tutti i dati indicati, prima di cliccare su INVIA per la consegna della domanda stessa.

Se il richiedente non INVIA espressamente la domanda, la stessa non risulterà formalmente presentata e non potrà essere restituita dal sistema la apposita attestazione di avvenuta presentazione della domanda.

Non sarà possibile "riaprire" la domanda già inviata, nel caso in cui il richiedente voglia modificare una o più delle informazioni contenute nella domanda compilata; la stessa dovrà essere compilata ex novo previo annullamento della precedente domanda, che sarà richiamata mediante codice pratica nella apposita procedura di annullamento.

Il pdf della domanda dovrà essere stampato e firmato dal richiedente, completato con ricevuta di INVIO telematico della domanda e copia del documento di identità del beneficiario e del richiedente (se diverso dal beneficiario), per la successiva consegna all'Ufficio ASL competente, a seguito di richiesta da parte dello stesso, che avverrà solo in fase di concessione eventuale del beneficio..

Si precisa che la piattaforma informatica sarà accessibile:

- per la generazione del codice famiglia dalle ore 12,00 dell'8 ottobre 2018
- per la presentazione della domanda dalle ore 12,00 del 15 ottobre 2018 (per la prima finestra temporale di avvio della misura).

Tutte le comunicazioni inerenti l'iter istruttorio della domanda saranno trasmesse dalla ASL a mezzo PEC all'indirizzo che ciascun richiedente avrà avuto cura di indicare, tanto al fine di abbattere la gestione di documentazione cartacea. Qualora il richiedente non abbia a disposizione una PEC propria potrà indicare la PEC del centro servizi o dello sportello CAF a cui si sarà rivolto per la compilazione della domanda. Si precisa che il richiedente può compilare on line in autonomia la domanda, oppure rivolgersi ad uno sportello che agirà in nome e per conto dello stesso utente, nell'ambito e alle condizioni di erogazione dei servizi ordinari da parte del CAF medesimo.

Responsabile del Procedimento

Il responsabile del procedimento "Assegni di cura per pazienti gravissimi non autosufficienti" è il dr. Giuseppe Chiapperino, incardinato nella Sezione Inclusioni Sociale attiva e Innovazione reti sociali.

Per richiedere informazioni in merito al dispositivo di funzionamento della misura si prega di fare riferimento alla funzione "RICHIEDI INFO" disponibile su piattaforma informatica, accessibile dal link <http://www.sistema.puglia.it/portal/page/portal/SolidarietaSociale/ASCURA2018>



REGIONE PUGLIA

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL
BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI

SEZIONE INCLUSIONE SOCIALE ATTIVA E INNOVAZIONE DELLE
RETI SOCIALI

A ciascun quesito formulato si risponderà esclusivamente in forma scritta su piattaforma e con riscontro e-mail all'indirizzo che sarà stato indicato dal richiedente.

Per eventuali richieste di supporto informatico per le funzionalità della piattaforma gli operatori delle ASL nonché gli operatori degli sportelli di supporto alle famiglie potranno fare riferimento alla funzione "SUPPORTO TECNICO" disponibile sulla medesima piattaforma informatica.

Norme di rinvio

La Sezione Inclusionione sociale attiva e Innovazione reti sociali si riserva di produrre apposite linee guida o circolari interpretative in favore dei RUP individuati dalle ASL pugliesi per la gestione amministrativa della misura "Assegno di cura per pazienti gravissimi non autosufficienti", laddove richieste e necessarie per l'omogeneo e spedito svolgimento delle procedure su tutto il territorio regionale, ovvero quando a seguito del monitoraggio dell'attuazione in sede di Tavolo regionale per le Disabilità o in sede di coordinamento tecnico Regione-ASL, dovessero emergere specifiche criticità da superare.