

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 7 agosto 2018, n. 1502

Decreto FNA 2017 (DPCM 27.11.2017), FNA 2018 e l.r. n. 2/2010 “Istituzione del fondo regionale per il sostegno delle persone non autosufficienti e loro nuclei familiari”. Indirizzi per la disciplina del nuovo Assegno di cura – Annualità 2018-19 per persone in condizioni di gravissime non autosufficienze.

L'Assessore al Welfare, Salvatore Ruggeri, sulla base dell'istruttoria espletata dalla Dirigente della Sezione Inclusione sociale attiva e Innovazione Reti sociali, come confermata dal Direttore del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti, riferisce quanto segue.

PREMESSO CHE:

- l'articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)” che, al fine di garantire l’attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti, istituisce presso il Ministero della solidarietà sociale un fondo denominato Fondo per le non autosufficienze;
- la legge 11 dicembre 2016 n. 232, concernente “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2017)” che ha incrementato lo stanziamento del Fondo per le non autosufficienze, è incrementato di 50 milioni di euro per l’anno 2017, portandolo a 450 milioni di euro annui ;
- la legge n. 205/2017, concernente “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2018)” che ha definito lo stanziamento del Fondo per le non autosufficienze per l’annualità 2018;
- il decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, in data 16 dicembre 2014, concernente il regolamento relativo al Casellario dell’assistenza, di cui all’articolo 13 del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, registrato dalla Corte dei Conti in data 26 gennaio 2015 al foglio n. 260, in corso di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale;
- è stata acquisita in data 7 settembre 2017 l’intesa della Conferenza unificata di cui al decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;
- con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 novembre 2017, registrato alla Corte dei Conti in data 29 dicembre 2017 (prot. n. 2428 del 29 dicembre 2017), sono state ripartite le risorse per l’anno 2017 del Fondo per le non autosufficienze;
- si è in attesa della trasmissione della proposta di Decreto di riparto del FNA 2018 alla Conferenza delle Regioni per la necessaria intesa.

CONSIDERATO:

- la **Del. G.R. n. 1552/2017** con la quale la Regione Puglia ha disciplinato l’introduzione nel quadro regionale delle politiche per la non autosufficienza la misura denominata “Assegno di cura” per disabili gravissimi o in condizione di gravissima non autosufficienza, che si configurava come trasferimento economico incondizionato, e non soggetto a rendicontazione analitica da parte dei nuclei familiari degli utenti beneficiari, con i connessi indirizzi per la disciplina del nuovo Assegno di cura, che entrava in vigore dalla data di pubblicazione della suddetta deliberazione, demandando alla Sezione Inclusione Sociale attiva e Innovazione Reti sociali la approvazione di apposito Avviso pubblico per la presentazione e la selezione delle domande di concessione dell’Assegno di cura, nonché la connessa progettazione e attivazione di apposita sezione telematica della piattaforma www.sistema.puglia.it e il coordinamento delle strutture amministrative delle ASL pugliesi, che saranno individuate per la gestione amministrativa e contabile della misura.
- la **Determinazione Dirigenziale n. 502 del 17/07/2017** con la quale la Regione Puglia, a fronte di articolato confronto con le Associazioni più rappresentative a livello nazionale e regionale per la non autosufficienza e

per le persone con disabilità, partecipanti al Tavolo Regionale per le Disabilità, ha provveduto ad approvare in attuazione della Del. G.R. n. 1552/2017 l'Avviso pubblico per la presentazione delle domande da parte delle persone aventi diritto e dei loro nuclei familiari, essendo necessaria l'istanza di parte per l'accesso ad una prestazione economica di sostegno al reddito;

- l'esito complessivo della prima annualità (luglio 2017-luglio 2018) che ha visto, a fronte di circa 9.250 domande complessivamente pervenute, ammesse a beneficio un totale di n. 5.145 domande, per effetto della disattivazione de facto dei criteri di priorità per l'accesso al beneficio, stante la disposizione della Presidenza della Giunta Regionale rivolta alle ASL pugliesi perchè, a seguito della conclusione delle valutazioni sanitarie necessarie per accertare il possesso del principale requisito di ammissibilità - dato dalla effettiva gravissima non autosufficienza del richiedente - si arrivasse a corrispondere il beneficio economico a tutti coloro che sono risultati aventi diritto, con la distribuzione per ASL di seguito riportata:

AA.SS.LL.	Num. Definitivo Ammessi Assegno di cura	Incidenza su domande presentate	Fabbisogno totale
BA	1477	52,6%	€ 17.369.520,00
BAT	404	53,2%	€ 4.751.040,00
BR	381	61,5%	€ 4.480.560,00
FG	960	60,6%	€ 11.289.600,00
LE	1181	53,8%	€ 13.888.560,00
TA	742	58,0%	€ 8.725.920,00
TOTALI	5145	55,6%	€ 60.505.200,00

da cui si evince che in Puglia, a fronte di poco meno di 4.100.000 abitanti sono risultati gravissimi non autosufficienti ammessi al beneficio economico dell'assegno di cura pari a n. 5.145 casi, con un corrispondente fabbisogno finanziario per una annualità pari ad Euro 60.505.200,00.

RILEVATO CHE:

- l'incidenza dei casi ammessi rispetto alla popolazione residente in Puglia è di circa 1,271 casi ogni 1000 abitanti, che rappresenta una incidenza quasi tre volte superiore a quella registrata in altre Regioni italiane, tra cui ad esempio la Lombardia e le Marche, assunte a benchmark perché già impegnate dalle annualità precedenti nella applicazione delle medesime scale di valutazione sanitaria delle diverse famiglie di patologie previste dal Decreto FNA 2016, e applicate in continuità nelle annualità successive;
- questo fabbisogno si è rivelato nettamente superiore sia alla dotazione iniziale stanziata dalla Giunta Regionale per la misura dell'Assegno di cura, con Del. G.R. n. 1152/2017, e pari a Euro 30.000.000,00, sia alla integrazione di risorse promessa dal Presidente a marzo scorso e che si è poi concretizzata con la **I.r. n. 19 del 11/06/2018** pubblicata sul BURP n. 80 del 15/06/2018, che ha integrato la dotazione del Cap. 785000 - Missione 12. Programma 03. Titolo 1. Macroaggregato 04 (PdC 1.4.1.2) per un importo aggiuntivo di Euro 20.000.000,00, la dotazione massima complessiva per la copertura della prima annualità della misura Assegni di cura, avvero delle 12 mensilità intercorrenti tra il 14 luglio 2017 e il 13 luglio 2018.
- L'ulteriore importo di circa 11,5 milioni di euro necessario per consentire alle ASL di completare i pagamenti di tutti i casi ammessi a seguito di istruttoria amministrativa di esaminabilità e di valutazione meramente sanitaria - rinunciando cioè ad applicare un criterio di priorità connesso alla fragilità socioeconomia dei richiedenti, in condizione di risorse scarse - è stato coperto con le economie rivenienti dalle assegnazioni alle ASL vincolate per gli assegni di cura nelle annualità precedenti, e un ulteriore stanziamento di 1,5 milioni di euro a valere sul residuo di FNA 2017.

RILEVATO CHE:

- all'articolo 2 comma 2 del citato Decreto interministeriale per il 2017 (il cui portato dovrà intendersi esteso anche con il Decreto FNA 2018 in corso di proposizione) si dispone che le Regioni utilizzino le

- risorse assegnate sulla base del riparto prioritariamente e comunque in misura non inferiore al 50% per gli interventi di cui all'articolo 1 in favore di persone in condizione di disabilità gravissima (come definite al comma 2 dell'art. 3), ivi incluse le persone affette da SLA; si precisa che il vincolo minimo del 50% è rivolto al profilo di beneficiari con riferimento a tutte le tipologie di interventi di cui all'art. 2 del Decreto, e pertanto non solo con riferimento all'erogazione dell'Assegno di cura, ma anche al cofinanziamento delle spese sostenute dai Comuni per le prestazioni domiciliari e a ciclo diurno per i gravissimi non autosufficienti;
- orientamento della Presidenza della Giunta Regionale e dell'Assessorato al Welfare è quello di confermare anche per questa nuova annualità che lo strumento assegno di cura rappresenti il prevalente intervento in favore delle persone con gravissima non autosufficienza, sia pure non surrogatorio e non sostitutivo delle altre forme di assistenza alla persona e di supporto al nucleo familiare a carattere sociale e/o sociosanitario (Cure Domiciliari Integrate, accesso ai centri diurni socio-educativi e riabilitativi), con l'auspicio di intercettare non solo i gravissimi non autosufficienti ma, tra questi, coloro che hanno maggiormente bisogno nell'accesso documentato a prestazioni di assistenza della persona integrative rispetto alle cure domiciliari sanitarie già percepite;
 - per la nuova annualità dell'Assegno di cura 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:
 - a) Euro 12.000.000,00 pari al 100% del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (Cap. 785000 - competenza 2018)
 - b) Euro 13.000.000,00 pari a circa il 45% dal 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)
 - si è svolta nelle date del 18 maggio, 24 luglio e 2 agosto 2018 l'attività di consultazione delle Organizzazioni più rappresentative a livello regionale delle persone con disabilità grave e delle loro famiglie e di confronto sui requisiti e sui criteri di accesso alla misura "Assegni di Cura", così come è necessario definirla alla luce delle importanti novità introdotte dal Decreto FNA 2016, e confermate dal Decreto FNA 2017, che ha consentito di arricchire la proposta regionale di disciplina degli Assegni di Cura in numerosi punti, al fine di recepire le istanze e le proposte costruttivamente portate dalle diverse organizzazioni, fermi restando i vincoli esogeni derivanti essenzialmente da:
 - a) i vincoli di bilancio;
 - b) la necessità di ridurre il numero dei beneficiari dell'Assegno di cura in quanto gravissimi non autosufficienti, per portare l'indicatore di incidenza sulla popolazione residente il più vicino possibile al valore attestato da altre Regioni benchmark (compreso tra 0,46 e 0,50 per 1.000 abitanti);
 - nella riunione del Tavolo Regionale Disabilità svoltasi il 2 agosto 2018 è emersa la necessità che - rispetto ai nuovi criteri di selezione dei beneficiari che devono avere prioritario accesso al beneficio economico "Assegno di cura" in caso di maggiori domande rispetto alla dotazione finanziaria disponibile - si abbiano a disposizione anche i dati sulla effettiva copertura con altre prestazioni socioassistenziali e sanitarie domiciliari ad elevata complessità per la platea dei beneficiari per le 12 mensilità della I annualità (14 luglio 2017 - 13 luglio 2018), prima di dimensionare preventivamente la platea dei nuovi beneficiari e il relativo importo mensile dell'Assegno;
 - si rende necessario, con la presente proposta di deliberazione e il successivo avviso pubblico regionale per la selezione dei beneficiari dell'Assegno di cura, interrompere gli effetti del precedente provvedimento di indirizzo, la Del. G.R. n. 1552/2017, e del successivo A.D. n. 502/2017, con la conclusione della prima annualità (il 13 luglio 2018), e revocarne gli indirizzi ivi contenuti a far data dal 14 luglio 2018.

Alla luce di quanto sin qui premesso e considerato, si propone alla Giunta Regionale di approvare la presente proposta di deliberazione e con essa:

- di approvare la permanenza nel quadro regionale delle politiche per la non autosufficienza della misura

denominata "Assegno di cura" per disabili gravissimi o in condizione di gravissima non autosufficienza, che si configura come trasferimento economico di sostegno al reddito per i nuclei familiari in cui vivono, assistiti presso il loro domicilio, disabili gravissimi e anziani in condizione di gravissima non autosufficienza per i quali intervenga un care giver familiare ovvero altre figure professionali da cui gli stessi gravissimi non autosufficienti dipendano in modo vitale;

- di approvare che l'Assegno di cura diventi, a partire dall'annualità 2018, una misura di trasferimento monetario 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, e fermo restando che gli importi erogati non sono soggetti a rendicontazione da parte delle famiglie;
- di approvare l'Allegato A alla presente, di cui costituisce parte integrante e sostanziale, che riporta gli indirizzi per la disciplina del nuovo Assegno di cura, che entra in vigore dalla data di pubblicazione della presente deliberazione;
- di demandare alla Sezione inclusione Sociale attiva e Innovazione Reti sociali, ferme restando le attuali competenze della Sezione come da modello organizzativo MAIA, la approvazione di apposito Avviso pubblico per la presentazione e la selezione delle domande di concessione dell'Assegno di cura, precisando che i nuovi beneficiari del nuovo Assegno di cura, alla luce dei nuovi requisiti di accesso e dei nuovi criteri di priorità, riceveranno il beneficio economico a far data dal 14 luglio 2018 al fine di assicurare agli aventi diritto la copertura più estesa possibile considerando la data di conclusione della 12esima mensilità ovvero della I^a annualità; l'Avviso pubblico dovrà specificare requisiti di accesso, criteri di priorità, modalità di presentazione delle domande e di istruttoria delle stesse, incompatibilità con altre prestazioni socioassistenziali e di sostegno economico al reddito, cause di revoca, nonché l'importo mensile dell'Assegno di cura, in relazione alla stima della dimensione massima della platea di beneficiari, dati i vincoli di bilancio, alla luce dei dati sulla effettiva copertura con altre prestazioni socioassistenziali e sanitarie domiciliari ad elevata complessità per la platea dei beneficiari per le 12 mensilità della I annualità (14 luglio 2017 - 13 luglio 2018), e sarà approvato in coerenza con le direttive di cui all'Allegato A e previa ulteriore consultazione del Tavolo regionale per le Disabilità e del partenariato istituzionale e sociale per le strette connessioni della disciplina dell'Assegno di cura con la programmazione sociale e sociosanitaria regionale;
- di demandare alla Sezione Inclusione Sociale attiva e Innovazione Reti sociali di disporre la connessa progettazione e attivazione di apposita sezione telematica della piattaforma www.sistema.puglia.it, con il supporto tecnico-informatico di Innovapuglia SpA, e il coordinamento delle strutture amministrative delle ASL pugliesi, che saranno individuate per la gestione amministrativa e contabile della misura;
- di approvare che la disciplina di cui all'Allegato A abbia validità e trovi applicazione nella annualità, che prende avvio con la pubblicazione della presente deliberazione sul BURP, e dispieghi i suoi effetti in modo retroattivo esclusivamente per coloro che risulteranno ammessi a beneficio per la nuova annualità, a partire dal 14 luglio 2018, fatto salvo l'intervento di sostanziali modifiche apportate dal Piano Nazionale Non Autosufficienza o da altro provvedimento adottato a livello nazionale ovvero da altro provvedimento regionale, anche connesso alle coperture finanziarie della misura;
- di determinare che al finanziamento dell'Assegno di Cura per le annualità successive alla II, come sopra definita, siano destinate le risorse del Fondo Regionale Non Autosufficienza (FRA), di cui al Cap. 785000, in misura non inferiore al 90%, e le risorse del Fondo Nazionale Non Autosufficienza (FNA), in misura non inferiore al 45%, di cui al Cap. 785060.

COPERTURA FINANZIARIA ai sensi della LR. n. 28/2001 e s.m.i.

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del Bilancio Regionale.

Il presente provvedimento è di competenza della Giunta Regionale ai sensi della l.r. n. 7/1997 art. 4 comma 4 lett. k).

L'Assessore al Welfare, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

- Udata la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore al Welfare;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dall'Istruttore, dalla Dirigente della Sezione;
- a voti unanimi e palesi espressi nei modi di legge

DELIBERA

- di fare propria e approvare la relazione esposta in narrativa, e che qui si intende integralmente riportata;
- di **approvare** la permanenza nel quadro regionale delle politiche per la non autosufficienza della misura denominata "Assegno di cura" per disabili gravissimi o in condizione di gravissima non autosufficienza, che si configura come trasferimento economico di sostegno al reddito per i nuclei familiari in cui vivano, assistiti presso il loro domicilio, disabili gravissimi e anziani in condizione di gravissima non autosufficienza per i quali intervenga un care giver familiare ovvero altre figure professionali da cui gli stessi gravissimi non autosufficienti dipendano in modo vitale;
- di **approvare** che l'Assegno di cura diventi, a partire dall'annualità 2018. una misura di trasferimento monetario 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, e fermo restando che gli importi erogati non sono soggetti a rendicontazione da parte delle famiglie;
- di **interrompere** gli effetti del precedente provvedimento di indirizzo, la Del. G.R. n. 1552/2017, e del successivo A.D. n. 502/2017, con la conclusione della prima annualità (il 13 luglio 2018), e revocarne gli indirizzi ivi contenuti a far data dal 14 luglio 2018;
- di **approvare** l'Allegato A alla presente, di cui costituisce parte integrante e sostanziale, che riporta gli indirizzi per la disciplina del nuovo Assegno di cura, che entra in vigore dalla data di pubblicazione della presente deliberazione;
- di **demandare** alla Sezione Inclusione Sociale attiva e Innovazione Reti sociali, ferme restando le attuali competenze della Sezione come da modello organizzativo MAIA, la approvazione di apposito Avviso pubblico per la presentazione e la selezione delle domande di concessione dell'Assegno di cura, precisando che i nuovi beneficiari del nuovo Assegno di cura, alla luce dei nuovi requisiti di accesso e dei nuovi criteri di priorità, riceveranno il beneficio economico a far data dal 14 luglio 2018 al fine di assicurare agli aventi diritto la copertura più estesa possibile considerando la data di conclusione della 12esima mensilità ovvero della l'^ annualità; l'Avviso pubblico dovrà specificare requisiti di accesso, criteri di priorità, modalità di presentazione delle domande e di istruttoria delle stesse, incompatibilità con altre prestazioni socioassistenziali e di sostegno economico al reddito, cause di revoca, nonché

rimporto mensile dell'Assegno di cura, in relazione alla stima della dimensione massima della platea di beneficiari, dati i vincoli di bilancio, alla luce dei dati sulla effettiva copertura con altre prestazioni socioassistenziali e sanitarie domiciliari ad elevata complessità per la platea dei beneficiari per le 12 mensilità della I annualità (14 luglio 2017 - 13 luglio 2018), e sarà approvato in coerenza con le direttive di cui all'Allegato A e previa ulteriore consultazione del Tavolo regionale per le Disabilità e del partenariato istituzionale e sociale per le strette connessioni della disciplina dell'Assegno di cura con la programmazione sociale e sociosanitaria regionale;

- di demandare alla Sezione Inclusione Sociale attiva e Innovazione Reti sociali di disporre la connessa progettazione e attivazione di apposita sezione telematica della piattaforma www.sistema.puglia.it, con il supporto tecnico-informatico di Innovapuglia SpA, e il coordinamento delle strutture amministrative delle ASL pugliesi, che saranno individuate per la gestione amministrativa e contabile della misura;
- di **approvare** che la disciplina di cui all'Allegato A abbia validità e trovi applicazione nella annualità, che prende avvio con la pubblicazione della presente deliberazione sul BURP, e dispieghi i suoi effetti in modo retroattivo esclusivamente per coloro che risulteranno ammessi a beneficio per la nuova annualità, a partire dal 14 luglio 2018, fatto salvo l'intervento di sostanziali modifiche apportate dal Piano Nazionale Non Autosufficienza o da altro provvedimento adottato a livello nazionale ovvero da altro provvedimento regionale, anche connesso alle coperture finanziarie della misura;
- di pubblicare il presente provvedimento sui siti istituzionali;
- di pubblicare il presente provvedimento sul BURP.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
ROBERTO VENNERI

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO



REGIONE PUGLIA

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

SEZIONE INCLUSIONE SOCIALE ATTIVA E INNOVAZIONE
RETI SOCIALI

ALLEGATO A

Linee guida per la disciplina della II annualità (2018-2019)
dell'Assegno di cura per persone in condizioni di gravissime
non autosufficienze in Puglia.



*Il presente Allegato si compone di n. 9 (nove) pagg.,
inclusa la presente copertina*

LINEE GUIDA per la disciplina del nuovo Assegno di cura per persone in condizioni di gravissime non autosufficienze in Puglia

Riferimenti normativi

- l'articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)" che, al fine di garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti, istituisce presso il Ministero della solidarietà sociale un fondo denominato Fondo per le non autosufficienze;
- l'intesa della Conferenza unificata di cui al decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 sullo schema di decreto interministeriale per il FNA annualità 2016;
- il Decreto interministeriale del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze e con il Ministro della Salute, firmato il 26 settembre 2016 e registrato alla Corte dei Conti in data 3 novembre 2016;
- la l.r. n. 19/2006 e la l.r. n. 2/2010.

Il presente allegato sostituisce integralmente l'Allegato alla Del. G.R. n. 1552/2017 e le direttive in esso contenute, la cui applicazione deve intendersi riferita esclusivamente alle domande pervenute entro la scadenza fissata per l'annualità 2017-2018 dall'A.D. n. 502/2017 e successive integrazioni, e per gli effetti dell'erogazione del beneficio economico fino alla scadenza delle 12 mensilità e quindi fino al 13 luglio 2018.

1. Definizione

L'Assegno di cura si definisce come 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, di cui all'articolo 4, comma 1, lettera b), e in tal senso monitorati. 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 azioni a supporto di una presa in carico domiciliare appropriata e sostenibile rispetto al coinvolgimento del nucleo familiare.

Ciascun nucleo familiare o paziente gravissimo non autosufficiente che usufruirà del beneficio economico "Assegno di cura" sarà tenuto bimestralmente ad attestare l'attivazione delle posizioni assicurativa e previdenziale per il care giver formale o per il care giver familiare¹ coinvolto nel progetto assistenziale individualizzato. Questo vincolo di

¹Il comma 254 dell'art. 1 della L. n. 205/2017 testualmente recita: "il Fondo e' destinato alla copertura finanziaria di interventi legislativi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale del caregiver familiare". Lo stanziamento delle risorse, garantito dall'istituzione dell'apposito Fondo predetto (denominato espressamente "Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare") presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, consta in una



finalizzazione presenta, peraltro, assoluta coerenza con l'evoluzione del quadro normativo nazionale in merito alla istituzione di un 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). Si tratta, infine, di uno strumento che rende la spesa pubblica regionale una ulteriore leva per l'emersione di lavoro irregolare o sommerso. Lo stesso vincolo sarà applicato dal bimestre successivo a quello in cui sarà approvata la disciplina nazionale per l'utilizzo del Fondo di cui al comma 254-255 della l.n. 205/2017.

2. 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 che si trovino in entrambe le seguenti situazioni che configurano requisiti di accesso:

- 1- beneficiari di indennità di accompagnamento di cui alla l. n. 18/1980 o comune non autosufficienti ai sensi dell'Allegato 3 del DPCM n. 159/2013
- 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:

a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala <i>Glasgow Coma Scale</i> (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 <i>Clinical Dementia Rating Scale</i> (CDRS) >=4
d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala <i>ASIA Impairment Scale</i> (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 <i>Medical Research Council</i> (MRC), o con punteggio alla <i>Expanded Disability Status Scale</i> (EDSS) ≥ 9, o in stadio 5 di <i>Hoehn e Yahr mod</i>
f) persone con privazione 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 e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore
g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5
h) persone con diagnosi di ritardo mentale grave o profondo, secondo classificazione DSM-5, con QI <=34 e con punteggio sulla scala <i>Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation</i> (LAPMER) <=8
i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche

dotazione iniziale di sessanta milioni, destinati alla copertura di misure nel corso degli anni 2018, 2019 e 2020 e pari, quindi a 20 milioni di euro per anno.

A rientrare nella definizione di caregiver familiare offerta dalla norma al comma 255 sono, oltre naturalmente al coniuge o al compagno unito civilmente, anche "il familiare o l'affine entro il secondo grado" di persona la cui mancanza di autosufficienza dipenda da malattia, infermità o disabilità, "anche croniche o degenerative", fatto salvo il necessario riconoscimento di tale invalidità ai sensi della sopra richiamata Legge 104/1992 (art. 3, comma 3) ovvero della titolarità di un'indennità di accompagnamento (Legge 11 febbraio 1980, n. 18).



Si dispone che 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 del 14 luglio 2018, quale data di avvio della nuova annualità - 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 - 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.

Al fine di ridurre i tempi di attesa per l'espletamento delle valutazioni sanitarie per tutti i cittadini si dispone che le ASL provvedano a far data dalla pubblicazione della presente deliberazione, 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, 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.

3. Criteri di priorità

In presenza di una dotazione finanziaria limitata, in quanto derivante dagli attuali vincoli di bilancio, 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, anche in confronto con i dati relativi ad altre Regioni italiane, ed in assenza di specifiche evidenze epidemiologiche che possano supportare sostanziali difformità, 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 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.

A tal fine 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.

4. Durata della misura e periodo di copertura finanziaria

² Già in essere alla data di pubblicazione della presente Deliberazione.

³ Già in essere alla data di pubblicazione della presente Deliberazione.



La disciplina oggetto della presente deliberazione sostituisce integralmente l'Allegato A di cui alla 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 presente deliberazione di indirizzo sul BURP, seguita dalla approvazione di apposito Avviso pubblico regionale con determinazione dirigenziale, 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 VMD se e in quanto dovute, per quanto precisato al paragrafo 2.

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 l'Avviso pubblico regionale sarà articolato per la prima annualità nelle seguenti fasi temporali:

Finestre*	Fasi di lavorazione			
	Presentazione domande	Formazione elenco di domande ordinato (punteggio dei criteri di priorità)	Maturazione del beneficio	Erogazione del beneficio
I finestra	24 sett. - 26 ott. 2018	29 ott. - 30 nov. 2018	Dal 14 luglio 2018	Data del provvedimento della D.G. ASL di ammissione al beneficio
II 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.

L'erogazione del beneficio è disposta con apposito provvedimento della Direzione Generale, con cadenza bimestrale, ed è in ogni caso subordinato 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. Importo del beneficio economico

L'Avviso pubblico sarà approvato in coerenza con le presenti direttive e previa ulteriore consultazione del Tavolo regionale per le Disabilità e del partenariato istituzionale e sociale per le strette connessioni della disciplina dell'Assegno di cura con la programmazione sociale e socio sanitaria regionale, e dovrà specificare requisiti di accesso, criteri di priorità, modalità di presentazione delle domande e di istruttoria delle stesse, incompatibilità con altre prestazioni socioassistenziali e di sostegno economico al reddito, cause di revoca, nonché l'importo mensile dell'Assegno di cura, in relazione alla stima della dimensione massima della platea di beneficiari, dati i vincoli di bilancio, alla luce dei dati sulla effettiva copertura con altre prestazioni socioassistenziali e sanitarie domiciliari ad elevata complessità.

Il beneficio economico per la II annualità avrà durata di 12 mensilità e sarà riconosciuto retroattivamente dal 14 luglio 2018 esclusivamente ai nuovi beneficiari che saranno selezionati sulla base del nuovo Avviso.

In caso di decesso del beneficiario, l'importo assegnato è rideterminato pro quota per il periodo di effettiva permanenza in vita dello stesso.

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.

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).

6. Criteri di riparto dei fondi disponibili e Importo del beneficio economico

Per l'annualità 2018 il riparto del fondo complessivo tra le ASL avviene sulla base dei seguenti criteri:

- su base demografica (50% del Fondo)
- su base del numero di beneficiari della I annualità (50% del Fondo)

7. Cause di revoca del beneficio economico

Sono cause di revoca del beneficio economico le seguenti circostanze:

- decesso del paziente
- prescrizione di ricovero continuativo in strutture sanitarie di lungodegenza o in strutture socio sanitarie come RSA e RSSA



- ricoveri ripetuti per più di una volta in un semestre, complessivamente di durata superiore a 30 gg.
- la mancata attestazione bimestrale sulla vigenza della posizione assicurativa e previdenziale per almeno un care giver (applicabile dal bimestre successivo a quello in cui a livello nazionale sarà disciplinato l'utilizzo del Fondo di cui al comma 254-255 della l. n. 205/2017).

8. Rinvio

Si rinvia al provvedimento dirigenziale di approvazione dell'Avviso pubblico regionale per la presentazione delle domande, al fine di precisare le modalità di presentazione e di istruttoria, le responsabilità e i compiti delle ASL pugliesi e ogni ulteriore riferimento operativo per l'efficace ed efficiente funzionamento della misura.

