



**REGIONE
PUGLIA**

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

**SEZIONE INCLUSIONE SOCIALE ATTIVA E INNOVAZIONE DELLE
RETI SOCIALI**

Allegato A

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

- Del. G.R. n. 1152 del 11/07/2017 -

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

LA DIRIGENTE
Sezione Inclusione Sociale Attiva e
Innovazione delle Reti Sociali
(d.f.ssa Anna Maria Candela)



Premessa

Le presenti direttive sono state predisposte dalla Sezione Inclusione sociale attiva e Innovazione reti sociali in applicazione della Del. G.R. n. 1152/2017 e del Decreto FNA 2016, al fine di delineare puntualmente le procedure per la presentazione delle domande e per la concessione degli Assegni di cura a partire dall'annualità 2017, che prende avvio dalla data di pubblicazione della suddetta DGR (BURP n. 83 del 14 luglio 2017).

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

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) del D.M. FNA 2016, e in tal senso monitorati. In Puglia l'Assegno di cura si configura come trasferimento economico incondizionato, e non soggetto a rendicontazione analitica da parte dei nuclei familiari degli utenti beneficiari. 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.

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 – Sezione Inclusione Sociale attiva e Innovazione reti sociali: adotta apposite direttive per l'attuazione, approva il riparto delle somme alle ASL, eroga anticipatamente le somme alle ASL sulla base delle rendicontazioni, 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;
- il responsabile amministrativo 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,

¹ <http://www.sistema.puglia.it/portal/page/portal/SolidarietaSociale/ASCURA2017>



- 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 al fine di assicurare un tempestivo esame delle domande per le quali si richiede la valutazione multidimensionale (VMD) delle domande per le quali si richiede di ricondurre gli esiti della VMD con le scale di valutazione di cui al Decreto FNA 2016 per famiglie di patologie;
 - e) acquisisce gli esiti delle VMD condotte in ciascuna UVM competente, 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 amministrativi di approvazione degli elenchi degli ammessi al beneficio economico, per tranches successive, man mano che le UVM consegnano gli esiti delle valutazioni di propria competenza. Nella predisposizione degli atti si tiene conto della effettiva disponibilità di risorse rispetto alla quota assegnata a ciascuna ASL dal riparto regionale.
 - g) dispone le erogazioni monetarie periodiche del beneficio economico agli aventi diritto.
- i Distretti Sociosanitari di tutte le ASL pugliesi curano la piena operatività delle UVM di competenza per la specifica lavorazione di tutte le domande che richiedono la VMD 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 in linea con quanto stabilito dalla Del. G.R. n. 691/2011; 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: assicura il monitoraggio dei casi di nuova diagnosi per darne tempestiva comunicazione al responsabile amministrativo, supporta l'UVM per l'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 che possono essere individuati come 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 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.

I soggetti beneficiari e le priorità 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 2017, 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 <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 (AIS)</i> 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 (MRC)</i> , o con punteggio alla <i>Expanded Disability Status Scale (EDSS)</i> ≥ 9 , o in stadio 5 di <i>Hoehn e Yahr mod</i>
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 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 $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala <i>Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER)</i> ≤ 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

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 2017 da struttura ospedaliera o sanitaria specialistica del SSR pugliese o di altra Regione italiana, o con essi convenzionata.

Le suddette condizioni di gravissima non autosufficienza saranno accertate previa valutazione multidimensionale (VMD) a cura della Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) di ciascun Distretto sociosanitario della ASL competente, UVM che nel loro complesso assicurano una operatività almeno in linea con quanto disposto dalle Linee guida regionali per le UVM nel rispetto della Del. G.R. n. 691/2011 e quindi ad utilizzare la SVAMA, ma che sono chiamate ad associare ai punteggi Barthell anche la profilazione di gravità di cui alle pertinenti scale di valutazione specifica per tipologia di condizione di gravissima non autosufficienza, come da Allegati 1 e 2 al Decreto Interministeriale sopra citato, cui si rinvia integralmente per i valori minimi che in ciascuna scala individuano la gravissima non autosufficienza.

In particolare si precisa che:

- sono oggetto di VMD da parte della UVM tutti gli utenti che non sono mai stati valutati in UVM per la condizione di gravissima non autosufficienza;
- non sono oggetto di VMD da parte della UVM



- a) i pazienti che abbiano ricevuto una VMD di gravissima non autosufficienza connessa a patologia non reversibile, tra quelle di cui al comma 2 dell'art. 3 del Decreto FNA 2016 come sopra riportate, e in stadiazione molto avanzata;
- b) i pazienti che abbiano ricevuto una VMD nel corso del primo semestre 2017, cioè dal 1° gennaio 2017, che abbia già configurato una condizione di gravissima non autosufficienza riconducibile ad una delle lettere di cui all'art. 3 comma 2 del Decreto Interministeriale.

In tali casi la UVM ovvero il suo coordinatore sono chiamati a ricondurre il livello di gravissima non autosufficienza già riportato nella rispettiva SVAMA alla pertinente scala di valutazione richiesta dal Decreto FNA 2016, cui si fa integrale rinvio.

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.

A fronte dell'importo mensile concesso per ciascun utente ammesso e della disponibilità finanziaria complessivamente disponibile per ciascuna annualità, si rende necessario introdurre anche criteri di priorità nella ammissione a beneficio che, lungi dal discriminare tra pazienti che abbiano le medesime condizioni di gravissima non autosufficienza, possano assicurare – in condizioni eventuali di domande sovrabbondanti rispetto alle risorse disponibili - l'accesso prioritario a persone gravemente non autosufficienti che vivano in contesti familiari più fragili in quanto esposti al disagio sociale e a maggiore fragilità economica.

A tal fine le domande di accesso alla misura saranno istruite per l'attribuzione di un punteggio oggettivo, derivante da una valutazione multicriteria 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:



ISRE (componente reddituale dell'ISEE²) **max punti 40**

come desumibile da certificazione ISEE in corso di vigenza

<i>ISRE <= 5.000,00 euro</i>	<i>40 p.</i>
<i>ISRE da 5.001,00 a 10.000,00 euro</i>	<i>35 p.</i>
<i>ISRE da 10.001,00 a 15.000,00 euro</i>	<i>30 p.</i>
<i>ISRE da 15.001,00 a 20.000,00 euro</i>	<i>25 p.</i>
<i>ISRE da 20.001,00 a 25.000,00 euro</i>	<i>20 p.</i>
<i>ISRE da 25.001,00 a 30.000,00 euro</i>	<i>15 p.</i>
<i>ISRE > 30.000,00 euro</i>	<i>10 p.</i>

Condizione lavorativa di tutti i componenti del nucleo familiare
punti 10

(tutti i componenti sono in condizione di assenza di lavoro)

Condizione di fragilità sociale del nucleo familiare **max punti 50**

(punteggio alla situazione prevalente tra quelle di seguito riportate)

Avente diritto che vive da solo	50 p.
Avente diritto che vive solo con altro componente disabile/anziano	40 p.
Avente diritto che vive solo con il coniuge	35 p.
Avente diritto con nucleo familiare con più di 1 minore	30 p.
Avente diritto con nucleo familiare monogenitoriale	25 p.
Avente diritto con altri disabili nel nucleo familiare	25 p.
Avente diritto con coniuge e altri figli (non solo minori)	20 p.

Si precisa che l'utilizzo dell'indicatore ISRE, che è una delle componenti dell'ISEE, consente di considerare ai fini della valutazione multidimensionale delle domande una proxy della condizione di maggiore o minore fragilità economica dei nuclei familiari, quale una delle dimensioni di valutazione di priorità (e non quale requisito di accesso), che non consideri gli elementi patrimoniali, con specifica attenzione alla prima casa.

Tempi di attivazione

La disciplina oggetto della Del. G.R. n. 1152/2017 e del presente Avviso 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 26.09.2016, ferma restando la determinazione della copertura finanziaria della misura per ciascuna annualità, sulla base degli stanziamenti nazionali e da legge di bilancio regionale.

² ISEE ordinario riferito al nucleo familiare di appartenenza (nucleo familiare come risultante da DSU). Si precisa che l'ISEE non è requisito minimo di accesso, ma esclusivamente indicatore proxy della fragilità socioeconomica del nucleo familiare in cui il paziente gravissimo non autosufficiente vive stabilmente.



La continuità della misura per le persone gravissime non autosufficienti che saranno ammesse al beneficio nella prima annualità (2017) è subordinata alla disponibilità di adeguate risorse per ciascuna delle annualità successive.

Il presente Avviso pubblico si configura come procedura chiusa, ovvero a scadenza, con successiva elaborazione di graduatoria provvisoria di ammissione, che va confermata sulla base delle VMD se e in quanto dovute, per quanto sopra specificato.

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;
- c) utenti rispetto ai quali 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 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 graduatorie provv.	Maturazione del beneficio	Erogazione del beneficio
I finestra	1 settembre 2017 ore 12:00 - 2 ottobre 2017 ore 12:00	3-16 ottobre 2017	Data di pubblicazione della DGR (14/07/2017)	Data di VMD / Data di pubblicazione DGR (se VMD non va ripetuta)
Il finestra (eventuale, in relazione alle risorse residue disponibili)	15 gennaio 2018 ore 12:00 -15 febbraio 2018 ore 12:00	16-28 febbraio 2018	Data di presentazione delle domande	Data di VMD

Il provvedimento di ammissione a beneficio è affidato alle ASL di riferimento che, a fronte delle graduatorie, 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. I provvedimenti di



ammissione possono essere adottati anche progressivamente, cioè per tranches successive di ammessi al beneficio, in relazione ai tempi di lavorazione delle VMD da parte delle UVM interessate, tanto al fine di ridurre i tempi di presa in carico, concessione del beneficio ed erogazione materiale del primo trasferimento.

Beneficio economico

L'importo del beneficio economico denominato "Assegno di cura" per pazienti gravissimi è determinato, per effetto di quanto stabilito dalla Del. G.R. n. 1152/2012 in Euro 1.000,00 (mille/00) per mensilità intera e in Euro 12.000,00 (dodicimila/00) per annualità intera.

In ogni caso il compunto delle mensilità maturate e dei relativi importi del beneficio concesso decorre dalla data di pubblicazione della Del. G.R. n. 1152/2017 che fissa i criteri generali e le modalità di accesso alla misura, quindi dal 14 luglio 2017.

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 la data di pubblicazione della Del. G.R. n. 1152/2017 (14/07/2017) 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.

L'importo è erogato dalla ASL con cadenza bimestrale, comunque successivamente alla data di approvazione del provvedimento amministrativo della ASL per la ammissione a beneficio. Per la prima erogazione la ASL, alla data di ammissione al beneficio, eroga tempestivamente gli importi calcolati dal 14 luglio 2017 (o dalla successiva data di ammissione, per le finestre successive) all'ultima mensilità già maturata, tanto al fine di ridurre al minimo il disagio dei beneficiari rispetto alla attivazione del beneficio stesso.

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.

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/ASCURA2017>) 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.

Alla domanda NON deve essere allegata alcuna documentazione relativa al soggetto beneficiario, che non sia già in possesso delle pubbliche amministrazioni coinvolte, fatta eccezione per la eventuale diagnosi specialistica - rilasciata nel primo semestre 2017 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.

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.

Si precisa che la piattaforma informatica sarà accessibile:

- per la generazione del codice famiglia dalle ore 12,00 del 25 luglio 2017
- per la presentazione della domanda dalle ore 12,00 del 01 settembre 2017 (per la prima finestra temporale di avvio della misura).

Responsabile del Procedimento

Il responsabile del procedimento "Assegni di cura per pazienti gravissimi non autosufficienti" è il dr. Giuseppe Chiapperino, incardinato nella Sezione Inclusioni Sociali 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/ASCURA2017>

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 Inclusione 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.



**REGIONE
PUGLIA**

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

**SEZIONE INCLUSIONE SOCIALE ATTIVA E INNOVAZIONE DELLE
RETI SOCIALI**

Allegato 1

**Modello di domanda di accesso all'Assegno di cura
per pazienti non autosufficienti gravissimi**



Alla ASL di _____

Responsabile Amministrativo Assegni di cura

Via _____

CAP Comune (Prov)

Oggetto: Domanda di ammissione alla misura "Assegno di cura" per gravissimi non autosufficienti. Rif. Del. G.R. n. 1152/2017 e atti conseguenti.

SOGGETTO RICHIEDENTE

A Soggetto beneficiario finale³

B Soggetto diverso dal beneficiario finale

Nota: tutte le informazioni e i dati comunicati all'atto di presentazione della domanda si intendono rilasciati in regime di autocertificazione (DPR 445/2000); la documentazione cartacea comprovante i requisiti previsti dall'Avviso sarà consegnata successivamente a seguito di espressa richiesta da parte della ASL competente.

INDIVIDUAZIONE SOGGETTO RICHIEDENTE

Richiede il beneficio:

Soggetto beneficiario finale

Soggetto parente o affine del beneficiario finale

Specificare relazione con il beneficiario

Altro⁴

CODICE FISCALE

del Beneficiario finale

CODICE FISCALE

³ Per beneficiario finale si intende la persona disabile o anziana, in condizione di gravissima non autosufficienza, a cui sono riferiti i requisiti per l'ammissibilità alla misura "Assegno di cura"

⁴ Tutore (indicare riferimenti della designazione formale), Amministratore di sostegno (indicare riferimenti della designazione formale), Care Giver regolarmente contrattualizzato (indicare i riferimenti del contratto di lavoro in essere)



del Soggetto dichiarante la DSU ISEE per il nucleo familiare del Beneficiario finale
(se diverso)

Protocollo **ATTESTAZIONE ISEE ORDINARIO⁵** rilasciata da INPS

per il nucleo familiare del soggetto beneficiario finale

(da compilare obbligatoriamente se no, bloccare)

Data di rilascio della certificazione
anno

giorno

mese

DATI ANAGRAFICI DEL SOGGETTO BENEFICIARIO FINALE

(da compilare obbligatoriamente se no, bloccare)

Nome

Cognome

Sesso M F

Luogo di nascita

Prov.

Data di nascita

giorno

mese

anno

Luogo di residenza

Prov.

Via/Corso/Strada
civ.

n.

Luogo di domiciliazione

Prov.

Via/Corso/Strada

n. civ.

Telefono

Email

⁵ Si precisa che la Certificazione ISEE rilasciata da INPS, di cui fornire il protocollo INPS e la data di rilascio, è riferita all'ISEE ordinario, atteso che l'ISEE in questa procedura non è da considerarsi come requisito di accesso, ma esclusivamente come uno dei criteri di valutazione multidimensionale, quale proxy della condizione socioeconomica familiare, da considerare in una misura che assicura il sostegno al reddito per un nucleo familiare che sostiene oneri per le attività di assistenza diretta e indiretta di persone non autosufficienti.



Soggetto beneficiario finale percettore indennità di accompagnamento o comunque non autosufficiente ai sensi della quarta colonna del prospetto dell'Allegato 3 del DPCM n. 159/2013

SI

NO

(se no, bloccare, a meno che non si selezioni la lettera a) o d) della sezione DATI RELATIVI ALLA CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA DEL SOGGETTO BENEFICIARIO)

DATI ANAGRAFICI SOGGETTO RICHIEDENTE DELEGATO (PARENTE O AFFINE O ALTRO)

(da compilare solo se diverso dal soggetto beneficiario richiedente)

Nome Cognome

Sesso M F

Luogo di nascita Prov.

Data di nascita giorno mese anno

Luogo di residenza Prov.

Via/Corso/Strada n. civ.

Luogo di domiciliazione Prov.

Via/Corso/Strada n. civ.

Telefono Email

CODICE FISCALE

INFORMAZIONI RELATIVE AL NUCLEO FAMILIARE del soggetto beneficiario finale
(da compilare obbligatoriamente se no, bloccare)



- Avente diritto che vive da solo
- Avente diritto che vive solo con altro componente disabile/anziano
- Avente diritto che vive solo con il coniuge
- Avente diritto con nucleo familiare con più di 1 minore
- Avente diritto con nucleo familiare monogenitoriale
- Avente diritto con altri disabili nel nucleo familiare
- Avente diritto con nucleo familiare con coniuge e altri figli (non solo minori)

Tutti i componenti del nucleo familiare sono in condizione di assenza di lavoro

sì no

**DATI RELATIVI ALLA CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA DEL SOGGETTO
BENEFICIARIO (da compilare obbligatoriamente se no, bloccare)**

- a) Paziente in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC)
- b) Paziente dipendente da ventilazione Meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c) Paziente con grave o gravissimo stato di Demenza
- d) Paziente con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura
- e) Paziente con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare
- f) Paziente 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 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% e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media tra le frequenze 500, 1000, 2000 HERTZ nell'orecchio migliore
- g) Paziente con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5
- h) Paziente con diagnosi di ritardo mentale grave o profondo
- i) Ogni altro paziente 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

N.B.: Per la valutazione della condizione di disabilità gravissima di cui alle lettere a), c), d), e), h), i), ai fini dell'ammissione al beneficio, si farà riferimento alle scale di valutazione di cui agli Allegati del Decreto Interministeriale del Ministero della Salute, del Ministero del Lavoro e Politiche Sociali e del Ministero Economia e Finanze per il Fondo Nazionale Non Autosufficienza 2016 (FNA 2016)



Possesso di SVAMA attestante una gravissima non autosufficienza connessa a patologia non reversibile e in stadiazione molto avanzata

indicare data di ultimo rilascio da parte della UVM del Distretto competente
__/__/____

Distretto ASL di _____

Possesso di SVAMA rilasciata nel corso del primo semestre 2017 attestante la condizione di gravissima non autosufficienza riconducibile a una delle suindicate patologie

indicare data di ultimo rilascio da parte della UVM del Distretto competente
__/__/____

Distretto ASL di _____

Possesso di certificazione di diagnosi specialistica, rilasciata nel corso del primo semestre 2017, attestante la condizione di gravissima non autosufficienza

(ALLEGARE se selezionato NO per il possesso della indennità di accompagnamento unitamente alle lettere a) o d) della sezione DATI RELATIVI ALLA CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA DEL SOGGETTO BENEFICIARIO)

indicare data di ultimo rilascio da parte di Struttura specialistica del SSN-SSR
__/__/____

Struttura del SSN o SSR che ha rilasciato la certificazione

DATI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Nome

Cognome

MODALITA' DI ACCREDITAMENTO DEL BENEFICIO ECONOMICO

(da utilizzare previa verifica, in caso di ammissione al beneficio)

Accreditamento su c/c

Intestato a

IBAN

Banca

Filiale/Agenzia di



AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Informativa sulla privacy

Accetto

Non accetto

***Nota:** 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.*

Il pdf della domanda dovrà essere stampato e firmato dal richiedente, completato con copia del documento di identità, per la successiva consegna all'Ufficio ASL competente, a seguito di richiesta da parte dello stesso.

LA DIRIGENTE
Sezione Inclusioni Sociali Attive e
Innovazione delle Reti Sociali
(Dr.ssa Anna Maria Candela)