

Aspetti tecnici per la formulazione della graduatoria di cui alla 639/2017 e modulistica di riferimento degli interventi di cui alla DGR 454/2017 e DGR 639/2017

Percorso relativo alla DGR 639/2017 e accoglienza delle richieste del cittadino c/o il Servizio sociale del Distretto socio-sanitario.

Formulazione della graduatoria di cui alla DGR 639/2017

Si stabilisce che l'erogazione dei benefici economici ha valenza annuale e pertanto ogni anno coloro che beneficiano di una tipologia di assistenza indiretta debbano ripresentare la domanda per l'anno successivo entro il 31 dicembre dell'anno in corso.

La domanda deve essere corredata dai seguenti documenti:

- Riconoscimento invalidità civile + Indennità di Accompagnamento del soggetto
- Certificazione sanitaria dello stato di salute (gravissima disabilità)

Si ribadisce che, relativamente alla DGR 639, al fine della formulazione della graduatoria, in base ai criteri di priorità, la presentazione delle domande al 31 dicembre per coloro che beneficiano già di tale tipo di assistenza consente di stilare entro gennaio dell'anno successivo la graduatoria.

I criteri di priorità sono:

- ISEE socio sanitaria
- Documentazione relativa ad eventuali altri componenti il nucleo familiare in condizione di non autosufficienza con invalidità civile pari al 100% e/o disabilità grave ai sensi della L. 104/92
- Assenza o impossibilità /incapacità documentate della rete familiare o parentale alla "cura" e assistenza del congiunto

Alla luce di tale graduatoria è possibile erogare gli assegni fino alla disponibilità economica presente per la qual cosa è possibile che l'assegno venga dato a tutti quelli che ne fanno richiesta o solo ad una parte di essi per cui già da Gennaio il Distretto si può trovare a gestire una lista di attesa.

Va tenuto presente che uno dei criteri di priorità è l'ISEE socio sanitaria. Si stabilisce quindi che l'ISEE utilizzato per stilare la graduatoria è quello dell'anno precedente.

Validità della domanda ai fini dell'erogazione dell'assegno:

- La domanda è valida dalla data della presentazione (accoglienza e protocollo), a patto che siano presenti i documenti necessari per identificare il diritto. Ulteriori documenti possono essere presentati successivamente, per rendere completa la pratica.
- Se i documenti richiesti sono indispensabili all'acquisizione del diritto, la data di validità slitta a quella effettiva di acquisizione dei documenti richiesti.

I nuovi utenti hanno diritto alla presentazione della domanda liberamente nel corso dell'anno non essendoci date che bloccano tale presentazione. Le graduatorie infatti rimangono aperte e si aggiornano periodicamente con la presentazione delle domande secondo la data di richiesta e i precedenti parametri di priorità.

E' importante tuttavia considerare che all'esaurimento delle risorse si genera la lista di attesa e per quanto detto prima. La lista di attesa può essere presente fin dal mese di gennaio, per cui ogni domanda presentata se accolta come valida in base ai requisiti specifici, va ad aggiornare periodicamente la graduatoria in base ai criteri di priorità e alla data di presentazione della domanda ((accoglienza e protocollo) stessa.

- Se la persona , avente diritto all'assegno, frequenta un Centro diurno e/o riabilitativo in regime di semiresidenzialità, alla stessa persona verrà decurtata dall'assegno la quota parte delle giornate di frequenza al suddetto Centro.
- In caso di ricovero di sollievo (max 30 gg) in strutture residenziali verrà decurtato l'assegno per la quota parte della permanenza in tale struttura.
- In caso di ricovero ospedaliero per i primi 30 giorni l'assegno non verrà decurtato.

Percorso relativo alla DGR 454/2017 e accoglienza delle richieste del cittadino c/o il Servizio sociale del Distretto socio-sanitario.

La domanda da parte dell'utente può essere presentata in ogni Distretto ove è presente l'assistente sociale che acquisisce la domanda. Il modello di domanda (allegato alla DGR 454), viene compilato al momento della presentazione della domanda.

La domanda deve essere corredata dai seguenti documenti:

- Riconoscimento invalidità civile + Indennità di Accompagnamento del soggetto
- Certificazione sanitaria dello stato di salute (gravissima disabilità)
- Certificato malattia rara o verifica nel Registro Malattie Rare

In assenza di uno o più documenti la domanda non viene accolta.

La domanda una volta protocollata va inviata dal Distretto alla UVM competente.

L'UVM competente entro 60 giorni dal ricevimento della pratica deve effettuare la valutazione e redigere il Piano Assistenziale Personalizzato (PAP).

Dalla valutazione dovrà esitare:

- accertamento della condizione di gravissima disabilità sulla base delle scale e dei criteri previsti dal comma 2 dell'art. 3 del Decreto Interministeriale 26/09/2017 per le lettere b), e), ed i);
- certificazione malattia rara;
- stesura del PAP.

Erogazione dell'assegno

In caso di parere favorevole all'erogazione del beneficio di assistenza indiretta, Il PAP, con tutte le informazioni necessarie sarà inviato alla Direzione del Distretto per redigere il Patto per la Cura ed il Benessere (Ufficio Amm.vo/Amm.vo contabile della Direzione di Distretto).

Successivamente il Patto verrà sottoscritto, prima dal Direttore del Distretto e successivamente firmato dalla famiglia, infine dall'ufficio amm.vo contabile del distretto.

Nel PAP va specificata la modalità d'uso del trasferimento monetario.

Si procede quindi a:

1. Attivazione dell'assegno previa predisposizione del Patto di cura e Benessere, con il cittadino beneficiario.
2. Trasmissione del Patto di cura e Benessere all'UMV per gli adempimenti di competenza.
3. Erogazione dell'assegno dal mese successivo alla data di presentazione della domanda fino a disponibilità delle risorse.
 - Se la persona, avente diritto all'assegno, frequenta un Centro diurno e/o riabilitativo in regime di semiresidenzialità, alla stessa persona verrà decurtata dall'assegno la quota parte delle giornate di frequenza al suddetto Centro.
 - In caso di ricovero di sollievo (max 30 gg) in strutture residenziali verrà decurtato l'assegno per la quota parte della permanenza in tale struttura.
 - In caso di ricovero ospedaliero per i primi 30 giorni l'assegno non verrà decurtato.

Percorso relativo alla DGR 639/2017 e accoglienza delle richieste del cittadino c/o il Servizio sociale del Centro di Salute

La domanda da parte dell'utente può essere presentata in ogni Distretto ove è presente l'assistente sociale. Il modello di domanda è di seguito indicato, completo della scheda di segnalazione sociale, che viene compilata al momento della presentazione della domanda.

La domanda deve essere corredata dai seguenti documenti:

- domanda di accesso ai benefici (legge regionale 9 aprile 2015 n. 11)
- verbale di invalidità civile con riconoscimento di Indennità di Accompagnamento del cittadino richiedente
- Certificazione sanitaria dello stato di salute (gravissima disabilità)
- scheda di segnalazione sociale

La domanda può essere corredata dagli ulteriori seguenti documenti per attribuire i punteggi di priorità:

- ISEE socio sanitario (vedi riferimenti nel box dei criteri di cui sotto).
- Documentazione relativa ad eventuali altri componenti il nucleo familiare in condizione di non autosufficienza con invalidità civile pari al 100% e/o disabilità grave ai sensi della L. 104/92.
- Assenza o impossibilità/incapacità documentate della rete familiare o parentale alla "cura" e assistenza del congiunto

Al richiedente viene rilasciato entro 60 giorni l'attestato di inserimento in lista.

Per i casi per cui è già attivo l'assegno per le gravissime disabilità alla scadenza e comunque entro il 31 dicembre di ogni anno occorre ripresentare la domanda.

Valutazione delle domande

Relazione Sociale

La domanda una volta protocollata va inviata dal Distretto alla UVM competente; la pratica dovrà essere corredata della relazione sociale prodotta dall' Assistente Sociale territorialmente competente.

Valutazione

L'UVM competente entro 60 giorni dal ricevimento della pratica deve effettuare la valutazione e redigere il PAP, utilizzando anche le scale del Decreto Ministeriale 26/09/2017 di cui sopra.

Dalla valutazione dovrà esitare:

- Valutazione sanitaria della gravissima disabilità sulla base delle scale e criteri previsti dal comma 2 dell'art. 3 del Decreto Interministeriale;
- eventuale assenza o impossibilità/incapacità della rete familiare (fratelli, figli, genitori) a garantire assistenza, documentata da una relazione socio familiare da parte dell'assistente sociale di riferimento;
- Stesura del PAP

Erogazione dell'Assegno

Il PAP, con tutte le informazioni necessarie e utili anche ai fini della predisposizione di una eventuale lista di attesa, sarà inviato alla Direzione del Distretto per redigere il Patto per la Cura ed il Benessere (Ufficio Amm.vo/Amm.vo contabile della Direzione di Distretto).

In caso di parere favorevole all'erogazione del beneficio di assistenza indiretta, la sottoscrizione del Patto viene effettuata prima dal Direttore del Distretto e successivamente viene riconvocato l'utente o la famiglia per l'ulteriore sottoscrizione, sempre da parte dell'ufficio amm.vo/amm.vo contabile del distretto.

Nel PAP va specificata la modalità d'uso del trasferimento monetario.

Si procede quindi alla:

1. attivazione dell'assegno previa predisposizione del Patto di cura e Benessere, con il cittadino beneficiario;
2. trasmissione del Patto di cura e Benessere all'UMV per gli adempimenti di competenza;
3. erogazione dell'assegno dal mese successivo alla presentazione della domanda.

Si ribadisce infine che tale trasferimento monetario è volto a mantenere presso il proprio domicilio le persone gravemente disabili come sopra riportato, quindi dovrebbe essere sospeso qualora la persona con disabilità viene ricoverata in struttura residenziale e/ o frequenti un Centro diurno.

Nello specifico come sopra riportato sono ammesse solo le seguenti deroghe:

- Se la persona, avente diritto all'assegno, frequenta un Centro diurno e/o riabilitativo in regime di semiresidenzialità, alla stessa persona verrà decurtata dall'assegno solo la quota parte delle giornate di frequenza al suddetto Centro.
- In caso di ricovero di sollievo in strutture residenziali verrà decurtato l'assegno per la quota parte della permanenza in tale struttura per un massimo di 30 gg.
- In caso di ricovero ospedaliero per i primi 30 giorni l'assegno non verrà decurtato.

Tabella criteri di priorità per l'erogazione di cui alla DGR 639/2017

CRITERI DI PRIORITA'		PUNTI
<i>ISEE socio sanitaria</i>	<i>Fino a 5.000 euro</i>	<i>5</i>
	<i>Da 5.001 a 10.000</i>	<i>4</i>
	<i>Da 10.001 a 15.000</i>	<i>3</i>
	<i>Da 15.001 a 20.000</i>	<i>2</i>
	<i>Da 20.001</i>	<i>1</i>
<i>Presenza di altri componenti in condizione di non autosufficienza con invalidità civile pari al 100% e/o disabilità grave ai sensi della legge 104/92 (per i minori riconoscimento di legge 104/92 in situazione di gravità)</i>		<i>2</i>
<i>Assenza o impossibilità/incapacità documentate della rete familiare o parentale alla "cura" e assistenza del congiunto</i>		<i>2</i>

A parità di punteggio totalizzato si prende in considerazione la data di presentazione valida della domanda.

DOMANDA DI ACCESSO AI BENEFICI PREVISTI DALLA LEGGE REGIONALE 9 aprile 2015 n. 11 e disposizioni amministrative sull'Assistenza indiretta

Codice Fiscale



Telefono _____

In qualità di: Diretto interessato Genitore Parente o Affine Curatore Tutore

Amministratore di sostegno Altro _____

di (Cognome) _____ (Nome) _____ Sesso **M** **F**

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____

Residente a _____ Provincia di _____ Via _____

- ANZIANO (> 65 ANNI)
- DISABILE ADULTO (18 – 65 ANNI)
- DISABILE MINORE (< 18 ANNI)

CHIEDE

Di poter accedere ai servizi/interventi previsti dalla legge regionale 9 aprile 2015 n. 11 e disposizioni amministrative regionali sull'assistenza indiretta

Che ..l.. Sig... _____ possa accedere ai benefici previsti

A Tal fine

DICHIARA (ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

che ...l... Sig..... _____

Ha il riconoscimento di invalidità al 100% con diritto all'indennità di accompagnamento

Ha in corso la domanda per il riconoscimento di invalidità civile Ha attivato le procedure per ottenere l'indennità di accompagnamento in data _____

Ha il riconoscimento di handicap grave ai sensi della legge 104/92 E' titolare di indennità di frequenza

E' residente in famiglia Vive solo/a Altro _____

DICHIARA INOLTRE

Che tra i componenti lo stato di famiglia del nucleo sono presenti **altre persone non autosufficienti** con invalidità civile almeno al 100 % e/o con riconoscimento di handicap grave ai sensi della Legge 104/92, art . 3

-) _____

-) _____

Che il **nucleo familiare** del destinatario degli interventi/prestazioni è così composto:

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA	PROFESSIONE	CONVIVENTE SI / NO
---------	------	-----------------	--------------------	-------------	--------------------

Documentazione allegata:

certificazione del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta attestante lo stato di salute del destinatario del beneficio

attestato ISEE socio sanitaria del destinatario del beneficio

altro _____

IL SOTTOSCRITTO:

-) si rende disponibile ad integrare la documentazione richiesta di ulteriori informazioni e documenti che possano essere utili ai fini della valutazione della situazione

-) si impegna, in caso di autocertificazione relativa ai punti sopracitati, a presentare la relativa documentazione prima dell'eventuale stipula del Patto per la Cura e il Benessere

-) dichiara di essere stato informato, ai sensi e per gli effetti di cui alla normativa sulla tutela della privacy, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente a fini istituzionali e nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____/_____/_____

Data

Firma

Sp

azio riservato al Punto di accesso ASL / Comune

Firma per accettazione

Timbro datario

Il Direttore di Distretto

SCHEDA DI SEGNALAZIONE SOCIALE

AZIENDA USL n. _____ COMUNE DI _____

CENTRO DI SALUTE _____

DATI DELLA PERSONA CHE SI PRESENTA

RICHIESTA INOLTRATA DA	nome e cognome..... <input type="checkbox"/> IN QUALITA' DI..... <input type="checkbox"/> DIRETTO INTERESSATO
PERSONA DI RIFERIMENTO	Recapito telefonico
INDIRIZZO	Via.....Comune.....Prov.....
TIPO DI RICHIESTA	<input type="checkbox"/> Inserimento in Struttura Residenziale; <input type="checkbox"/> Inserimento in Struttura Semi-residenziale; <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare; <input type="checkbox"/> Contributo economico; <input type="checkbox"/> Interventi di tipo sanitario <input type="checkbox"/> Interventi di tipo sociale <input type="checkbox"/> Altro
PROBLEMA DICHIARATO	Vedere scheda ADL

Dati dichiarati relativi alla persona a cui è destinata la richiesta

Cognome		NOME	SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
NATO/A IL	A		TEL.
CITTADINANZA		PERMESSO DI SOGGIORNO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CARTA DI SOGGIORNO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
RESIDENZA		COMUNE	PROV.
DOMICILIO		COMUNE	PROV.

stato civile	<input type="checkbox"/> Nubile/Celibe <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Separato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a
ULTIMA CLASSE FREQ.TA	
CONDIZIONE GIURIDICA	Interdizione: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Pratica in corso Amministratore di sostegno: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Pratica in corso
TITOLARE DI PENSIONE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
INVALIDITA' CIVILE	Riconoscimento: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Grado di riconoscimento: ____% Pratica in corso: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
IND. accomp.to	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> in attesa
RICONOSCIMENTO LEGGE 104	Riconoscimento dei benefici L.104 art.3.3: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Pratica in corso: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CON CHI VIVE?	<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> con badante <input type="checkbox"/> con coniuge <input type="checkbox"/> con figli <input type="checkbox"/> con genitori <input type="checkbox"/> con altri

SERVIZI DA CUI È SEGUITO	<input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> Pediatra _____ <input type="checkbox"/> Non è seguito da alcun Servizio <input type="checkbox"/> Servizio ADI <input type="checkbox"/> Assistenza infermieristica <input type="checkbox"/> Servizio sociale del Comune <input type="checkbox"/> Servizio sociale ASL <input type="checkbox"/> Assistenza specialistica <input type="checkbox"/> Assistenza riabilitativa <input type="checkbox"/> DIPARTIMENTO Salute Mentale <input type="checkbox"/> DIPARTIMENTO Dipendenze e Alcologia
---------------------------------	--

RISPOSTE FORNITE	<input type="checkbox"/> Solo informazione <input type="checkbox"/> Orientamento <input type="checkbox"/> Presa in carico <input type="checkbox"/> Invio alla UMV
-------------------------	--

DATA _____

IL COMPILATORE

N.B. INFORMARE E ORIENTARE PER GLI OBBLIGHI E REQUISITI PREVISTI

ATTESTAZIONE

PER INTERVENTO DI ASSISTENZA INDIRETTA AI SENSI DELLA DGR 639/2017

Al sig.....

la domanda prot. n..... del.....risulta costituita da:

1. DOMANDA DI ACCESSO AI BENEFICI PREVISTI dalla DGR 639/2017
2. VERBALE DI INVALIDITÀ CIVILE CON RICONOSCIMENTO DI I.A. DELL'UTENTE RICHIEDENTE
3. CERTIFICAZIONE SANITARIA attestante la gravissima disabiità
4. SCHEDA DI SEGNALAZIONE SOCIALE/RICHIESTA INTERVENTO
5. AUTOCERTIFICAZIONE (per escludere la fruizione di altri benefici)

sono inoltre allegati alla domanda

6. ISEE SOCIO SANITARIO
7. Documentazione relativa ad eventuali altri componenti il nucleo familiare in condizione di non autosufficienza con invalidità civile pari al 100% e/o disabilità grave ai sensi della Legge 104/92.
8. Relazione sociale attestante l' *Assenza o impossibilità/incapacità documentate della rete familiare o parentale alla "cura" e assistenza del congiunto*

La domanda è accolta ed ottiene un punteggio di priorità pari a

In virtù del punteggio ottenuto e della data di presentazione la sua domanda è collocata in lista di attesa.

Data

Il Direttore del Distretto

DOMANDA PER L'ACCESSO ALL'ASSEGNO DI CURA PER LA NON AUTOSUFFICIENZA COSI' COME DISPOSTO DALLA DGR N. 454 DEL 21.04.2017

AL RESPONSABILE DEL CENTRO SALUTE/DISTRETTO _____

___I___ sottoscritt___(Cognome) _____ (Nome) _____

Sesso M F Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residente a _____ Provincia di _____

Via _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____

In qualità di: Diretto interessato Genitore Parente o Affine Curatore Tutore

Amministratore di sostegno _____ Altro

di (Cognome) _____ (Nome) _____

Sesso M F Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____

Via _____ CodiceFiscale _____

CHIEDE

Che il /la _____ possa accedere ai benefici previsti per

la **Non Autosufficienza**(D.G.R. N. 454 del 21.04.2017)

A tal fine **DICHIARA** (ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n. 445) **che**

ha il riconoscimento di invalidità al 100% con diritto all'indennità di accompagnamento

ha in corso la domanda per il riconoscimento di invalidità civile

ha attivato le procedure per l'indennità di accompagnamento

ha il riconoscimento di handicap ai sensi della legge 104/92

ha il riconoscimento di handicap grave ai sensi della legge 104/92

è titolare di indennità di frequenza Altro

Che tra i componenti lo stato di famiglia del nucleo sono presenti **altre persone non autosufficienti** con invalidità civile almeno al 100% e/o con riconoscimento di handicap grave ai sensi della Legge 104/92 art. 3

-) _____

-) _____

DICHIARA CHE IL DESTINATARIO DEL BENEFICIO RIENTRA IN ALMENO UNO DEI SEGUENTI CRITERI:

persona dipendente da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);

persona 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;

persona in condizione di dipendenza vitale che necessita di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

ASSOCIATO ALLA PRESENZA DI MALATTIA RARA AI SENSI DEL DM 279/01 E NELLE MORE DELL'APPLICAZIONE DEL NUOVO DPCM DEL 12 GENNAIO 2017

DICHIARA INOLTRE CHE:

nucleo familiare del destinatario del beneficio richiesto è così composto:

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

GRADO DI PARENTELA

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:

- Certificazione/i attestanti il grado di disabilità come previsto dai criteri**
- Certificazione di malattia rara**
- ISEE**

IL SOTTOSCRITTO:

-) si rende disponibile ad integrare la documentazione richiesta di ulteriori informazioni e documenti che possano essere utili ai fini della valutazione della situazione
-) si impegna, in caso di autocertificazione relativa ai punti sopraccitati, a presentare la relativa documentazione prima dell'eventuale stipula del Patto per la Cura ed il Benessere
-) dichiara di essere stato informato, ai sensi e per gli effetti di cui alla normativa sulla tutela della privacy, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente a fini istituzionali e nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma