

RICHIESTA ACCESSO FNA 2019

ai sensi della DGR XI/4181/2020

SOLO per le persone senza il requisito della residenza biennale

- gestione del FNA 2019 esercizio 2020 -

Il/la sottoscritto/a _____ (nominativo)

nato/a a _____ prov. (____) il ____/____/____

residente a _____ prov. (____)

in qualità di

- diretto interessato
- genitore, in possesso della responsabilità genitoriale:
 - in via esclusiva
 - in modo congiunto
- altro _____ (specificare)

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità;

CHIEDE

che venga riconosciuto l'accesso al FNA 2019 in quanto, nell'ambito della gestione del FNA 2019 esercizio 2020, il/la sig./sig.ra _____ (nominativo persona con gravissima disabilità) non aveva maturato il requisito della residenza biennale originariamente previsto dalle delibere regionali di riferimento

e pertanto

DICHIARA

la residenza in Regione Lombardia dal ____/____/____ al ____/____/____

_____ data

_____ firma del dichiarante*

* allegare copia documento identità se non già presentato alla ASST



**DOMANDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE
A FAVORE DI PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITÀ
PER AMMISSIBILITÀ ALLA MISURA B1 (FNA 2019)**

ai sensi della DGR n. 2720/2019 e n. 2862/2020

Spett.

ASST

.....

.....

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov. (____) il ____/____/____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (____) cap _____

in via/pza _____ n° _____

in qualità di diretto interessato

oppure

(da compilarsi fino a "CHIEDE" solo qualora il dichiarante non sia il diretto interessato barrando SOLO UNO dei quadratini sottostanti e compilando i dati della persona con disabilità gravissima)

Nel caso la persona affetta da gravissima disabilità versi in uno stato di impedimento permanente in

qualità di:

tutore

curatore

amministratore di sostegno

procuratore

indicare estremi del provvedimento di nomina: _____

Nel caso in cui la persona affetta da gravissima disabilità sia un minore in qualità di genitore in possesso della responsabilità genitoriale:

in via esclusiva

in modo congiunto,

genitore 1 _____ (nome e cognome)

genitore 2 _____ (nome e cognome)

(N.B.: nel caso responsabilità genitoriale sia esercitata in modo congiunto è necessario che la domanda, pur compilata da uno di essi, sia sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori del minore.)

Nel caso in cui la persona affetta da gravissima disabilità sia temporaneamente impedita a sottoscrivere

la domanda:

- in qualità di coniuge o, in sua assenza, figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (indicare relazione di parentela: _____)

*(N.B.: in questo caso è necessario rendere una dichiarazione ai sensi dell'art. 4 D.P.R. 445/2000, compilando il **modello 1** di fronte ad un pubblico ufficiale/incaricato pubblico servizio)*

del/la Sig./Sig.ra affetto/a gravissima disabilità:

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov. (_____) il ____/____/____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (_____) cap _____

via/p.za _____ n° _____

CHIEDE la valutazione multidimensionale

ai sensi della DGR 2720/2019 e 2862/2020 per:

- la **PROSECUZIONE** (se già in carico)
 il **RICONOSCIMENTO** (primo accesso)

a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità;

DICHIARA

che la persona in condizioni di gravissima disabilità:

1. è residente in Regione Lombardia da almeno due anni (dalla data di presentazione della domanda)
ovvero in caso di minore con disabilità nato in Italia con età inferiore ai 2 anni
il genitore _____ (cognome e nome) è residente in Lombardia da almeno 2 anni (dalla data di presentazione della domanda)
2. è domiciliata nel Comune di _____ (prov. _____) in
via/p.za _____ n° _____
3. è beneficiaria di indennità di accompagnamento o definita in condizione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013
4. si trova al momento della presentazione della domanda **a domicilio** e in una delle **condizioni** previste nell'elenco sotto riportato (ex art. 2 DPCM del 27.11.2017):
(barrare la voce interessata)
 - A.** persone in **condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima** Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) <=10;
 - B.** persone **dipendenti da ventilazione meccanica assistita** o non invasiva continuativa (24 ore 7 giorni su 7);
 - C.** persone con **grave o gravissimo stato di demenza** con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) >=4;
 - D.** persone con **lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura**, con livello della lesione, identificata sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;

- E.** persone con **gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare**, valutate con la scala, tra le seguenti, appropriata in relazione alla patologia: Medical Research Council (MRC) con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti, Expanded Disability Status Scale (EDSS) con punteggio alla ≥ 9 , Hoehn e Yahr mod in stadio 5;
- F.** persone con **deprivazione sensoriale complessa** intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 ad 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 Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 8 ;
- I.** ogni altra persona **in condizione di dipendenza vitale** che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, 7 giorni su 7, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

5. **necessita a domicilio di assistenza continuativa** nelle 24 ore da parte di uno o più caregiver

6. individua come **caregiver familiare** il/la sig./ra _____ (cognome e nome)

_____ (specificare grado di parentela o vicinanza e allegare il documento di identità) Codice Fiscale _____ che dedica _____ **ore al giorno**

alla funzione di caregiver che svolge le seguenti attività di sorveglianza attiva e assistenza diretta come di seguito specificate:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

7. si avvale di **personale di assistenza** (per assistenza tutelare ad es. badante, ausiliario socio assistenziale – es. ASA/OSS -, assistente personale, assistente familiare iscritto al Registro Assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015, babysitter, educatore.....) regolarmente assunto:

NO

SI, come da contratto - o altra documentazione di cui alla dgr 2720/2019 e 2862/2020 - allegati:

Tempo pieno (_____ totale ore settimanali)

Part-time (_____ totale ore settimanali)

< 25 ore settimanali (_____ totale ore settimanali)

con validità dal _____ a _____
(inserire data inizio) (inserire data di fine, se prevista, o dicitura "tempo indeterminato")

Inoltre essendo a conoscenza dei criteri e dei benefici previsti dalla DGR n. 2720 del 23/12/2019 e 2862/2020 e delle incompatibilità di questi con la fruizione di alcuni servizi ed interventi del complessivo sistema d'offerta

DICHIARA
che la persona in condizione di gravissima disabilità attualmente:

8. FREQUENTA servizi prima infanzia NO SI
per un totale ore _____ settimana (come da dichiarazione del servizio)
9. FREQUENTA la scuola (tutti i gradi fino alla scuola media superiore) NO SI
per un totale ore _____ settimana (come da dichiarazione della scuola)
10. È INSERITA in una Unità d'offerta residenziale socio-sanitaria o sociale NO SI
(es. Residenza Sanitario assistenziale per Anziani, Residenza Sanitario Assistenziale per Disabili, Comunità Alloggio sociosanitaria, Hospice, Misura residenzialità per minori con gravissima disabilità, Comunità Alloggio Disabili, Comunità Educativa, ...)
11. È INSERITA in una Unità d'offerta semiresidenziale sanitaria, socio-sanitaria o sociale NO SI
(es. Centro Diurno per Disabili, Centro Diurno Integrato per anziani, Riabilitazione in diurno continuo, regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, Centro Socio educativo, Sperimentazione riabilitazione minori disabili diurna ...)
- Se SI**, per un totale ore settimanale di _____ (come da dichiarazione della struttura)

USUFRUISCE dei seguenti servizi/misure:

12. misura RSA aperta (ex dgr 7769/2018) NO SI
eventuale data di dimissione ____/____/____
13. sostegni DOPO DI NOI (ex dgr 6674/2017 e 2141/2019) NO SI
specificare la tipologia di sostegno _____
14. misura bonus per assistente familiare (ex l.r. 15/2015 – DGR n. 914/2018) NO SI
15. voucher anziani al caregiver di persona non autosufficiente (ex dgr 7487/2017) NO SI
16. misura Home Care Premium/INPS NO SI
specificare la tipologia di sostegno _____
17. misura B2 (ex DGR n. 2720/2019 e 2862/2020) NO SI
eventuale data di dimissione ____/____/____
18. è consapevole del fatto che l'effettuazione di una valutazione multidimensionale della propria situazione può richiedere documentazione integrativa e l'accesso domiciliare da parte di personale della ASST di residenza;
19. è a conoscenza che l'ATS e l'ASST, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, potranno procedere a idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle normative vigenti nonché l'eventuale segnalazione all'Autorità giudiziaria competente;
20. si impegna a comunicare tempestivamente alla ASST di riferimento e alla ATS (Ente erogatore del contributo) qualunque variazione che implichi la sospensione o l'interruzione del contributo mensile secondo quanto previsto dalla dgr 2720/2019 e 2862/2020;
21. di essere a conoscenza che in caso di domanda non compilata in ogni sua parte e/o non presentazione della documentazione, indicata nella sottostante sezione ALLEGA, l'istanza sarà considerata non completa e pertanto ritenuta non ammissibile;
22. di aver preso visione dell'informativa all'utenza (modello 4 allegato) relativa alla misura B1
23. di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 novellato dal D.Lgs. n. 101/2018. In mancanza del consenso al trattamento dei dati, l'Ente preposto sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richiesti e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge.

Per gli adempimenti connessi alla presente procedura si precisa che:

I dati personali o sensibili presenti nell'istanza, sono necessari per poter erogare le prestazioni, i servizi e i contributi richiesti, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all'attività dell'Ente. I dati stessi potranno essere trattati anche in seguito al termine della prestazione erogata, nei limiti sopraindicati.

Il trattamento e l'archiviazione dei dati avverrà mediante l'utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere eseguito sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici.

I dati forniti non saranno diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

Tali dati saranno comunicati ai seguenti soggetti determinati:

- Operatori degli Uffici dell'ASST afferenti all'ATS, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale;
- Operatori degli Uffici dell'ATS, appositamente incaricati ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale dell'Ente;
- Società, Enti/Aziende, accreditate e contrattualizzate, per l'erogazione del Voucher Socio Sanitario e nominate Responsabili del trattamento dei dati personali;
- Società, Enti/Aziende che, per conto dell'ATS, forniscano specifici servizi elaborativi, che svolgano attività connesse, strumentali o di supporto a quella dell'Ente od attività necessarie all'esecuzione di tutte le prestazioni da Lei richieste o che richiederà;
- soggetti, pubblici e privati, che possono accedere ai dati personali in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme;
- operatori dei Comuni/Uffici di Piano, nell'ambito di verifiche e di progetti specifici finalizzati all'integrazione dei servizi socio-assistenziali con i servizi socio-sanitari;
- suo medico di famiglia (medico di medicina generale o pediatra).

I riferimenti del Titolare del trattamento dati, del Responsabile del trattamento dati e del Responsabile protezione dati (RPD/DPO) sono depositati presso gli uffici preposti dei singoli enti autorizzati al trattamento dei dati.

A tal fine

ALLEGA

*(tutti i documenti elencati sono **obbligatori** per l'accoglimento della domanda)*

PER LE DOMANDE DI PROSECUZIONE:

- **modello ISEE in corso di validità alla data di presentazione della domanda ***
 - **socio sanitario (per adulti e anziani)** - compreso quello corrente –
 - **modello ISEE ordinario (per minori)** - compreso quello corrente –
- **copia del documento d'identità in corso di validità e del codice fiscale del dichiarante**
(si ricorda che in caso di responsabilità genitoriale congiunta deve essere prodotta da entrambi i genitori)
- **copia del contratto o del documento con validità fiscale relativo al personale di assistenza** *(se presente)* e **copia del versamento contributi previdenziali** *(in caso di personale di assistenza assunto regolarmente)*
- **dichiarazione della struttura semiresidenziale** in cui siano indicati la tipologia di posto occupato e il monte ore settimanale *(se frequentante)*
- **dichiarazione del servizio di infanzia e scuola** in cui sia indicato il totale di ore di frequenza settimanale *(se frequentante)*
- **modello 1** *(qualora necessario)*
- **modello 2** comunicazione dati economici *(in caso di variazione di quanto a suo tempo comunicato)*

- solo per i minori con disturbi dello spettro autistico - lettera g – è necessaria la **certificazione dello Specialista** se quella precedente è stata rilasciata 24 mesi prima)

* **ATTENZIONE** per la definizione dell'istruttoria è possibile presentare copia della vecchia certificazione di ISEE unendo copia della ricevuta di richiesta al CAF con riserva di produrre la nuova certificazione come richiesto dalla dgr.

In questo caso è necessario compilare e firmare la dichiarazione a pagina 7

PER LE **DOMANDE DI PRIMO ACCESSO:**

- **modello ISEE in corso di validità alla data di presentazione della domanda**
 - **socio sanitario (per adulti e anziani)** - compreso quello corrente –
 - **modello ISEE ordinario (per minori)** - compreso quello corrente –
- **copia del verbale di invalidità civile da cui risulti il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o della dichiarazione di condizione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013**
- **documentazione sanitaria specialistica**, a seconda della condizione/patologia in cui versa la persona, redatta dal medico specialista, di struttura pubblica o privata accreditata, che ha in carico l'interessato secondo quanto indicato dall'art. 2 DPCM del 27.11.2017 (sopra riportato); per le condizioni alla "lettera i" allegare alla relazione il **modello 3**
- **copia del documento d'identità in corso di validità e del codice fiscale dell'interessato e del dichiarante** (se diverso dall'interessato)
(si ricorda che in caso di responsabilità genitoriale congiunta deve essere prodotta da entrambi i genitori)
- **copia del contratto o del documento con validità fiscale relativo al personale di assistenza** *(se presente)* e **copia del versamento contributi previdenziali** (in caso di personale di assistenza assunto regolarmente)
- **dichiarazione della struttura semiresidenziale** in cui siano indicati la tipologia di posto occupato e il monte ore settimanale *(se frequentante)*
- **dichiarazione del servizio di infanzia e scuola** in cui sia indicato il totale di ore di frequenza settimanale *(se frequentante)*
- **modello 1** (qualora necessario)
- **modello 2** comunicazione dati economici

Ed infine

CHIEDE

che tutti i contatti e le comunicazioni avvengano esclusivamente con:

Cognome _____	Nome _____
via/p.za _____	n° _____
Comune _____	Prov. (____) CAP _____
telefono _____	cell. _____
indirizzo e-mail _____	

Luogo e data

Firma (1)

firma del dichiarante

firma dell'altro genitore in possesso della
responsabilità genitoriale

(1) nel caso in cui la domanda riguarda un minore, e sia compilata da uno dei genitori esercenti la responsabilità genitoriale in maniera congiunta, deve essere sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori.

PER LE SOLE PROSECUZIONI

(da compilare SOLO nel caso in cui la domanda è corredata da "vecchia" documentazione per ISEE e per il personale di assistenza)

Inoltre, ai sensi del DPR n. 455/2000, il sottoscritto _____
(nominativo)

DICHIARA di:

(barrare la voce interessata)

- aver presentato copia della **vecchia certificazione dell'ISEE** con allegato copia della ricevuta di richiesta al CAF attestante l'appuntamento il giorno ___/___/_____ alle ore _____
- aver presentato copia del **contratto di regolare assunzione** del personale di assistenza **in scadenza (o scaduto) entro il primo trimestre 2020**
- avvalersi di personale di assistenza** che **sarà regolarmente impiegato** con una delle tipologie previste dalla dgr 2720/2019 e 2862/2020:
 - Tempo pieno
 - Part-time
 - < 25 ore settimanali

e a tal fine

SI IMPEGNA

a produrre la nuova documentazione quanto prima, e comunque **entro il 31/03/2020**, pena la sospensione del contributo sino al perfezionamento dell'istanza.

_____ data

_____ firma del dichiarante

Dichiarazione ai sensi del D.P.R. n° 445/2000 art.4, comma 2

La dichiarazione nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, è sostituita dalla dichiarazione, contenente espressa indicazione dell'esistenza di un impedimento, resa dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale o *incaricato di pubblico servizio*, previo accertamento dell'identità del dichiarante

Spazio riservato a chi rende la dichiarazione ai sensi dell' art. 4 D.P.R. 445/2000

Il/la sottoscritto/a (cognome).....(nome).....

Nato/a a (comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo Stato).....

prov(.....) il/...../.....

Residente a.....prov.(.....) via.....n.....

In qualità di.....(coniuge o, in sua assenza, figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado) del Sig./ra.....

Nato/a a (comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo Stato).....

prov(.....) il/...../.....

Residente a.....prov.(.....) via.....n.....

Attesta l'impedimento del Sig./ra.....dovuto al suo stato di salute a redigere e sottoscrivere la presente domanda consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Luogo e data

.....

Firma del dichiarante

.....

Spazio riservato al Pubblico Ufficiale o incaricato di pubblico servizio

Attesto ai sensi dell'art.30 del D.P.R. 445/2000, che il sig/ra.....
ha reso e sottoscritto in mia presenza la su estesa dichiarazione.

Luogo e data

.....

Il Pubblico Ufficiale/incaricato di pubblico servizio

.....

(nome e cognome e qualifica)

PERSONE IN CONDIZIONI DI DIPENDENZA VITALE
- solo per condizione alla lettera i -

CERTIFICAZIONE CLINICO-FUNZIONALE *

*(redatta solo dal Medico specialista di struttura pubblica o privata accreditata)

Il **Dr./dr.ssa** _____ ai fini della presentazione, da parte dell'assistito, della domanda di valutazione multidimensionale integrata che verrà effettuata dall'équipe dell'ASST competente, ai sensi della DGR n. 2720 del 23/12/2019 e smi,

dichiara

che il/la Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

è affetto/a da _____

e che per la sua specifica condizione clinica necessita (*) di:

A) continuità dell'assistenza (ovvero se la persona fosse lasciata sola sarebbe esposta a pericoli sostanziali di vita) resa da:

- solo da famigliari
- da famigliari e supporto assistente familiare
- solo con supporto di assistente familiare

B) monitoraggio delle condizioni di salute (parametri vitali) della persona e/o delle apparecchiature nell'arco delle 24 ore da parte di:

- operatori sanitari, dei servizi pubblico o privato accreditato, quali MMG/PDF oppure operatore dell'ADI
- caregiver familiare/assistente personale, debitamente addestrati e supervisionati almeno settimanalmente da personale sanitario

Presenta inoltre le seguenti compromissioni:()**

① In almeno una delle condizioni sotto elencate:
(barrare la casella corrispondente)

MOTRICITÀ

➤ Dipendenza totale in tutte le ADL: l'attività è svolta completamente da un'altra persona	SI	NO
--	----	----

STATO DI COSCIENZA

➤ Compromissione severa: raramente/mai prende decisioni	SI	NO
➤ Persona non cosciente	SI	NO

② E in almeno una delle seguenti:

RESPIRAZIONE

➤ Necessita di aspirazione quotidiana	SI	NO
➤ Presenza tracheostomia	SI	NO
➤ Presenza ventilazione assistita (per 7gg/settimana) (certificata da Specialista medico) N° ore/die _____ per 7 giorni/settimana	SI	NO

NUTRIZIONE

➤ Necessita di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi (certificata da Specialista medico)	SI	NO
➤ Combinata orale e enterale/parenterale	SI	NO
➤ Solo tramite sondino naso-gastrico (SNG)	SI	NO
➤ Solo tramite gastrostomia (es. PEG)	SI	NO
➤ Solo parenterale (attraverso catetere venoso centrale CVC)	SI	NO

(LUOGO E DATA) _____

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO SPECIALISTA

La condizione, al fine della presentazione della domanda è che l'assistito presenti sia:

- (*) le condizioni A e B
- (**) almeno due compromissioni, una per ciascun dominio, (di cui al punto ① e al punto ② del presente modulo), ad **ECCEZIONE** di coloro che versano nelle condizioni sotto riportate, per le quali è sufficiente un'unica condizione :
 - 1) nel dominio della "RESPIRAZIONE" **ventilazione assistita** (invasiva o non invasiva) per almeno 16 ore/die per 7gg alla settimana;
 - 2) nel dominio della "NUTRIZIONE" IN **alimentazione parenterale attraverso catetere venoso centrale**

Informativa all'utenza
MISURA B1 A FAVORE DI PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITA'
- PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE FNA - ANNUALITA'2019 -
DGR 2720/19 e DGR 2862/2020

La Misura è finalizzata a garantire la permanenza a domicilio e nel proprio contesto di vita delle persone con disabilità gravissima.

Le **persone con disabilità gravissima** sono coloro che si trovano in una delle condizioni elencate nel Decreto interministeriale Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (FNA) anno 2016, all'art 2, comma 2, lettere da a) ad i), riconfermate all'art 2, comma 2 del DPCM 21/11/2019.

Le persone disabili gravissime, **sia quelle in carico al 31/12/2019, sia quelle di nuovo accesso, devono presentare la domanda** di valutazione multidimensionale per l'accesso alla misura B1 alla propria ASST sulla modulistica regionale prevista.

Le persone che alla valutazione da parte delle ASST presenteranno **i requisiti previsti sono incluse dall'ATS nell'elenco ordinato in base al valore ISEE** e tenuto conto della data di protocollazione dell'istanza.

L'elenco è aggiornato trimestralmente, con inserimento delle persone la cui valutazione si è conclusa nel trimestre di riferimento tenendo conto dell'andamento e dello sviluppo della Misura.

Il **Buono viene riconosciuto dal primo giorno del mese successivo al trimestre come pure il voucher** sociosanitario. L'erogazione dei benefici (buono/voucher) avverrà fatta salva la disponibilità di risorse assegnate da Regione all'ATS.

Per le persone di nuovo accesso che presenteranno istanza entro il 30 settembre 2020 e la cui valutazione non avverrà entro quella data, le attività valutative saranno concluse entro il 31 ottobre e il Buono verrà riconosciuto dal 1° novembre 2020.

DESTINATARI

Persone al domicilio, di qualsiasi età, in condizione di disabilità gravissima che abbiano i seguenti requisiti:

- **beneficiarie dell'indennità di accompagnamento**, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988 oppure **definite non autosufficienti** ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013;
- **residenti in Lombardia da almeno 2 anni**
- **con ISEE sociosanitario fino a € 50.000 per adulti /anziani e ISEE ordinario fino a € 65.000 per minorenni**
- **per le quali sia verificata, dal medico specialista, almeno una delle seguenti condizioni:**
 - a. persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala *Glasgow Coma Scale* (GCS) ≤ 10 ;
 - b. persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
 - c. persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala *Clinical Dementia Rating Scale* (CDRS) ≥ 4 ;
 - d. persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala *ASIA Impairment Scale* (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
 - e. persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare, valutate con la scala, tra le seguenti, appropriata in relazione alla patologia: *Medical Research Council* (MRC) con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti, *Expanded Disability Status Scale* (EDSS) con punteggio alla ≥ 9 , *Hoehn e Yahr mod* in stadio 5;

- 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 ≤ 34 e con punteggio sulla scala *Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation* (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 psicofisiche.

Nota: le persone di cui alle lettere a) e d), in caso di accertamento di invalidità non ancora definito, possono accedere nelle more della definizione del processo di accertamento.

ACCESSO

La domanda va presentata tramite l'utilizzo dell'apposita modulistica, corredata di tutta la documentazione richiesta, all'ASST di riferimento **entro e non oltre** il 30/09/2020 per le nuove domande ed entro il 31.03.2020 per le persone già beneficiarie della Misura B1.

STRUMENTI

Il nuovo programma operativo per l'erogazione della misura B1 per il 2020 prevede **i seguenti interventi:**

1. Buono mensile erogato in base alla permanenza a domicilio della persona con disabilità gravissima

- Se la persona è a casa e non è in carico a Unità d'offerta semiresidenziali sanitarie, sociosanitarie, sociali
- Se minore che frequenta un servizio di infanzia, scuola e/o Unità d'offerta semiresidenziali sanitarie, sociosanitarie, sociali con precipua finalità socializzante e per un totale complessivo inferiore /uguale a 14 ore settimanali

Il valore mensile del buono è fino ad un massimo di € 1100, così articolato:

- a. **€ 600** (livello essenziale regionale di assistenza) per sostenere il case giver familiare o in caso di sua assenza per sostenere il personale di assistenza;
- b. **da un minimo di € 200 ad un massimo di € 500** per sostenere, a titolo di rimborso, le spese del personale di assistenza regolarmente impiegato:
 - a tempo pieno **€ 500** (indipendentemente se convivente o non);
 - part time (almeno 25 ore settimanali) **€ 300**;
 - inferiore a 25 ore settimanali **€ 200**, a fronte di una spesa almeno di pari importo.

Per l'assistenza a persone di cui alle lettere a), b) e i), vista la complessità dei bisogni e in alternativa al personale regolarmente impiegato può essere riconosciuto un ulteriore buono mensile fino ad un massimo di **€ 300**.

Per le persone con capacità di esprimere la propria volontà, di età compresa tra i 18 e 64 anni (per quelle di nuovo accesso e per quelle già incaricate anche con età maggiore /uguale a 64 anni) con **ISEE socio sanitario inferiore/uguale a € 25.000** è previsto un ulteriore buono mensile (oltre a quanto previsto al punto a e b) fino ad un massimo di **€ 800 per realizzare progetti di vita indipendente**

2. Se la persona con disabilità gravissima:

- frequenta servizi infanzia/scuola per massimo 25 ore settimanali (riferimento comunque inteso come valore convenzionale)
- è un adulto/anziano ed è inserito presso un servizio diurno (CSE, CDD; CDI) per un massimo di 14 ore settimanali
- frequenta servizi infanzia/scuola minore/uguale a 25 ore settimanali e un servizio diurno minore/uguale 14 ore settimanali (complessivamente non superiore a 35 ore)

Il valore mensile del buono è di € 600 (innalzato a 900 per i mesi di luglio e agosto per chi frequenta la scuola)

I buoni di cui al punto 1) e 2) possono essere integrati da voucher mensile (per gli adulti fino a € 460 per i minori fino a € 600, che verrà riconosciuto in base agli esiti della valutazione multidimensionale e del Progetto Individuale.

3. Se le persone presentano bisogni di particolare intensità in quanto dipendenti da tecnologia assistiva:

- ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa, minimo 16 ore giornaliere e/o
- alimentazione solo parenterale attraverso catetere venoso centrale e/o
- situazioni di particolare gravità e intensità, con necessità di assistenza continuativa e motivata, valutata dalla ASST

Il valore mensile del buono e voucher è fino ad un massimo di € 2.250 così articolato:

- a. € 600 per il caregiver familiare
- b. voucher socio sanitario alto profilo fino ad un massimo di €1650 per l'acquisto fino ad un massimo di 20 ore settimanali di OSS (o infermiere o educatore, con ridefinizione del tetto di ore)

La persona ha facoltà di candidarsi al voucher per bisogni di particolare intensità: la presa in carico con tale modalità esclude quelle sopra indicate al punto 1) e 2)

COMPATIBILITÀ

L'erogazione del Buono Misura B1 è **compatibile** con:

- **interventi di assistenza domiciliare:** Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD);
- **interventi di riabilitazione in regime ambulatoriale o domiciliare;**
- **interventi di sperimentazione riabilitazione minori disabili in regime ambulatoriale;**
- **ricovero ospedaliero;**
- **ricovero di sollievo per ADULTI per massimo 60 giorni programmabili nell'anno;**
- **ricovero di sollievo per MINORI per massimo 90 giorni programmabili nell'anno** presso unità d'offerta residenziali sociosanitarie, anche attraverso la Misura residenzialità minori con gravissima disabilità;
- **sostegni "DOPO DI NOI"** riconosciuti riferiti esclusivamente per canone di locazione o per spese condominiali;
- **prestazioni integrative** previste da **Home Care Premium/INPS** ad eccezione di erogazione di specifici contributi;
- **voucher anziani** erogato al caregiver familiare (ex DGR n. 7487/2017 e DGR n. 2564/2019) e progetti ex L.328/00 e sostegno alla famiglia per sollievo/socializzazione/svago effettuati dai Comuni /Enti del terzo settore fino a 14 ore settimanali

INCOMPATIBILITÀ

La Misura B1 **NON è compatibile** con:

- **accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali** (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
- **Misura B2**
- **contributo da risorse progetto di vita indipendente – PRO.VI** – per onere assistente personale regolarmente assunto;
- **ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale** (ad esempio ricovero SLA/malattia del motoneurone, ricovero stati vegetativi, ...);

- **ricovero in riabilitazione/Sub acute/Cure intermedie/Post acute;**
- presa in carico in **Unità d'offerta semiresidenziali sanitarie, sociosanitarie o sociali**, con frequenza strutturata e continuativa (es. regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, riabilitazione in diurno continuo, CDD, CDI, CSE);
- presa in carico con **Sperimentazioni riabilitazione minori disabili in regime diurno** maggiore /uguale 18 ore settimanali;
- presa in carico con **Misura RSA aperta** ex DGR n. 7769/2018;
- **bonus per assistente familiare** iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015;
- **trasferimento della residenza** della persona disabile in altra regione;
- **permanenza** della persona disabile **fuori regione oltre** 90 giorni annuali;
- i **Voucher della Misura B1** - adulti fino a € 500 e minori fino a € 600 e di alto profilo fino a € 1650 - sono **incompatibili** con le prestazioni integrative previste da Home Care Premium/INPS;
- i **Voucher della Misura B1** sono sospesi in tutti i casi in cui la persona disabile non sia al proprio domicilio.

Le persone in carico ad altri servizi, interventi, Misure di carattere sociosanitario (es RAS aperta, Misura B2...) possono presentare domanda per la Misura B1 solo dopo un periodo minimo di tre mesi dalla data di effettiva dimissione). **Le persone ricoverate** in struttura sanitaria (es. ospedale) o sociosanitaria (es. cure intermedie) possono presentare domanda solo quanto effettivamente dimessi a domicilio.

VALIDITÀ

Il Programma Operativo Regionale, ai sensi della dgr 2862/2020, ha validità annuale **con scadenza al 31/12/2020** e sulla base delle risorse assegnate alle ATS.

TRATTAMENTO DEI DATI

Con la presentazione dell'istanza l'utente esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 novellato dal D.Lgs. n. 101/2018 come specificato nelle domanda. In mancanza del consenso al trattamento dei dati, l'Ente preposto sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richiesti e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge.

Tutte **le variazioni rispetto alla permanenza a domicilio o della frequenza scuola/servizi**, che possono determinare la sospensione dei benefici nonché l'eventuale **modifica delle coordinate bancarie/postali (IBAN) devono essere prontamente comunicate alla ASST di riferimento.**