

DOMANDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE A FAVORE DI PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITÀ PROSECUZIONE DELLA MISURA B1

(ai sensi della DGR n. XII/1669 del 28/12/2023 e ss mm ii)

Spett. le ASST

.....
.....

Domanda presentata tramite:

- raccomandata con ricevuta di ritorno
- posta pec
- consegna al protocollo ASST
- consegna all'operatore Equipe di valutazione ASST

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

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

codice fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

residente a _____ prov. (____) cap _____

in via/p.zza _____ 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)

tutore/curatore/procuratore/amm. di sostegno (provvedimento nomina _____)

genitore, in possesso della responsabilità genitoriale:

in via esclusiva

in modo congiunto

altro _____ (specificare)

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

Cognome _____ Nome _____

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

codice fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

residente a _____ prov. (____) cap _____

in via/p.zza _____ n° _____

CHIEDE

la valutazione multidimensionale

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 (alla 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**
5. è 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 laterali 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.
6. **necessità a domicilio di assistenza continuativa** nelle 24 ore da parte di uno o più care giver
7. individua come **care giver familiare** il/la sig./ra _____ (cognome e nome) _____ (specificare grado di parentela o vicinanza e allegare – se non già in possesso della ASST - il documento di identità) Codice Fiscale _____ che

dedica N. _____ ore al giorno alla funzione di caregiver per le seguenti tipologie di assistenza:

- Igiene personale (compreso il vestire/svestire) e/o Gestione continenza
- Alimentazione (compresa preparazione e somministrazione)
- Mobilità (Trasferimenti, Passaggi posturali, Deambulazione, Spostamenti, ...)
- Gestione terapia (compresa farmacologica, di supporto nutrizionale, respiratorio, ...)
- Supporto sociale e alla comunicazione (compreso gestione comportamento-problema)
- Altro (specificare).....
.....
.....

8. 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, ...) regolarmente assunto:

- NO
- Sì, come da contratto - o altra documentazione di cui alla dgr n. XII/1669/2023, che allega:
 - Tempo pieno (_____ totale ore settimanali)
 - Part-time >= 20 ore settimanali (_____ totale ore settimanali)
 - >= 10 ore/settimanali (_____ totale ore settimanali)

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

e pertanto s'impegna a presentare, **a cadenza trimestrale, autocertificazione** ai sensi del DPR n. 445/2000 per la parte relativa **alle quote di costo legate al cedolino, o dalle fatture** emesse da ente terzo/professionista, integrata periodicamente con **copia della quietanza** relativa al pagamento dei **contributi** previdenziali;

Inoltre essendo a conoscenza dei criteri e dei benefici previsti **dalla DGR n. XII/1669/2023 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:

9. FREQUENTA servizi prima infanzia NO SI

10. FREQUENTA la scuola (tutti i gradi fino alla scuola media superiore) NO SI

11. 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, ...)

12. 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 Sì (solo punti 12 e 13), per un totale ore settimanale di _____ (come da dichiarazione della struttura)

USUFRUISCE dei seguenti servizi/misure:

13. misura RSA aperta (ex dgr 7769/2018) NO SI

eventuale data di dimissione ____/____/_____

14. sostegni Dopo di Noi (ex dgr 3054/2020) NO SI

specificare la tipologia di sostegno _____

15. buono progetti vita indipendente NO SI

specificare con quale di misura _____

16. **misura Bonus per assistente familiare** (ex l.r. 15/2015 – DGR e smi) NO SI
17. **voucher anziani al caregiver di persona non autosufficiente** (ex dgr 7487/2017) NO SI
18. **misura Home Care Premium/INPS** NO SI

specificare la tipologia di sostegno _____

19. **misura B2** (ex DGR n. XII/1669/2023) NO SI

eventuale data di dimissione ____/____/____

20. **altri contributi economici/misure di sostegno** NO SI

specificare _____

21. **altri servizi** NO SI

specificare _____

22. 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;
23. 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;
24. si impegna a **comunicare tempestivamente** alla ASST di riferimento e alla ATS (Ente erogatore del contributo) **qualunque variazione** che implichi la rimodulazione, sospensione o l'interruzione del contributo mensile secondo quanto previsto dalla dgr n. XII/1669/2023;
25. 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;
26. di aver preso visione dell'informativa all'utenza relativa alla misura B1;
27. 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)*

- **modello ISEE in corso di validità alla data di presentazione della domanda ***
 - **socio sanitario (per adulti e anziani)** - compreso quello corrente – anche sul nucleo ristretto
 - **modello ISEE ordinario (per minori)** - compreso quello corrente –

**ATTENZIONE qualora non fosse disponibile la certificazione in corso di validità, è possibile presentare una dichiarazione ai sensi del DPR 445/2000 attestante l'impegno a produrre la nuova certificazione ISEE, allegando copia della ricevuta di richiesta al CAF/Patronato. In questo caso è necessario compilare e firmare la dichiarazione nel riquadro a pagina 6(La pratica deve essere perfezionata entro il 30/04/2024)*

- **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 solo se non già consegnato)* 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 *(SOLO se frequentante)*
- **modello 1** *(qualora necessario)*
- **modello 2** comunicazione dati economici *(in caso di variazione di quanto a suo tempo comunicato)*

Ed infine **CHIEDE** che tutti i contatti e le comunicazioni avvengano esclusivamente con:

Cognome _____	Nome _____
via/p.za _____	_____ n° _____
Comune _____	Prov. (____) CAP _____
cell. _____	tel. _____
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

da compilare **SOLO se ISEE non è in corso di validità**

Il sottoscritto

COGNOME _____

NOME

DICHIARA

(ai sensi del DPR n. 455/2000 e ss mm ii),

- di aver presentato richiesta di certificazione ISEE; ed allega copia della ricevuta di richiesta al CAF patronato.
- di impegnarsi a produrre la nuova documentazione appena disponibile e comunque entro il 30 aprile 2024, pena la sospensione del contributo fino al perfezionamento dell'istanza.

LUOGO E 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)

INFORMATIVA PER L'UTENZA
PER RICHIESTA DI PROSECUZIONE DELLA MISURA B1
A FAVORE DI PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITA' GIA' IN CARICO AL 31.12.2023
(da conservare a carico dell'utente)

Regione Lombardia con delibera n. XII/1669 del 28.12.2023 ha definito il nuovo programma relativo al fondo nazionale per le non autosufficienze (FNA) per il 2024, **a favore delle persone con gravissima disabilità, di cui alla Misura B1**, che prevede l'erogazione di un contributo economico mensile ed eventuale voucher, con valori variabili in base alle diverse tipologie previste. Finalità della Misura B1 è la promozione del benessere e della qualità di vita della persona in condizione di gravissima disabilità, assistita al proprio domicilio in un contesto più ampio di inclusione sociale.

Alle persone già beneficiarie della Misura in carico al 31 dicembre 2023 viene garantita la continuità dell'erogazione del contributo mensile. Si tenga presente che quanto verrà erogato è a titolo anticipatorio e sarà eventualmente conguagliato a conclusione dell'iter valutativo, **nelle more della presentazione della domanda.**

La domanda di valutazione per la prosecuzione deve essere **presentata entro il 29 febbraio 2024.**

In caso di mancata presentazione entro il suddetto termine **la Misura sarà sospesa fino alla presentazione** della stessa e **non saranno riconosciuti retroattivamente le mensilità non corrisposte.**

Il nuovo programma operativo per l'anno in corso **in base agli esiti della valutazione multidimensionale effettuata dalla ASST** (Azienda Socio Sanitaria Territoriale) di residenza dell'interessato e al Progetto Individuale personalizzato condiviso, **prevede l'attivazione, a seconda dei casi, dei seguenti tipi di strumenti:**

- **buono mensile** con importo minimo di € 400 e massimo € 1200 mensili, sulla base della presenza di specifiche caratteristiche della condizione di gravissima disabilità e dell'organizzazione dell'assistenza;
- **assegno di autonomia** fino ad un massimo di € 800 riconosciuto al beneficiario della Misura B1 che attiva una progettualità di vita indipendente
- **voucher** sociosanitario e voucher autismo (se previsto nel progetto individuale)

Si rammenta in particolare, che:

- la domanda di prosecuzione è resa dall'interessato, 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;
- i buoni/voucher sono erogati da ATS nei limiti delle risorse assegnate da regione;
- il programma FNA è annuale con scadenza al 31.12.2024;
- tutte le variazioni rispetto alla permanenza a domicilio o alla frequenza servizi, che possono determinare la rimodulazione, sospensione o l'interruzione del contributo mensile e del voucher secondo quanto previsto dalla DGR 1669/23, nonché l'eventuale modifica delle coordinate bancarie/postali (IBAN), devono essere prontamente comunicate dall'interessato alla ASST di riferimento e all'ATS (Ente erogatore del contributo alla persona e pagamento dei voucher ai gestori autorizzati).

-la Misura è incompatibile in caso di:

- Accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
- Misura B2;
- Presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;
- Home Care Premium/INPS HCP;
- Ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- Presa in carico in Unità d'offerta semiresidenziali sanitarie, sociosanitarie o sociali maggiori o uguale a 18 ore settimanali (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 ex DGR 3239/2012);
- Contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato.

-la Misura è SOSPESA in caso di:

- Ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale
- Ricovero di sollievo per adulti oltre i 60 giorni/anno
- Ricovero di sollievo per minori oltre i 90 giorni/anno
- Attivazione di una misura/intervento non compatibile con la Misura B1
- Permanenza della persona con disabilità fuori regione oltre i 90 giorni annuali (termine che può essere derogato in caso di terapie specialistiche prolungate e programmate da effettuarsi fuori Regione, purché certificate dallo specialista di branca che ne dichiara la necessità, la indifferibilità e la durata prevista. La deroga dei termini è preventiva ed è autorizzata da Regione Lombardia, previa valutazione e parere del caso da parte di ATS territorialmente competente).