

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 (dalla data di presentazione della domanda)
2. è domiciliata nel Comune di _____ (prov. _____) CAP _____
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 indicata nei punti da A a I)
 - 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;

DOMANDA DI PRIMO ACCESSO ALLA MISURA B1

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

7. individua come caregiver 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 |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **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
- SI, come da contratto - o altra documentazione di cui alla dgr n. XII/2033/24 - allegati:
- Tempo pieno (_____ totale ore settimanali)
- Part-time (_____ 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")

9. 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 alle 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/2033/24 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:

10. FREQUENTA **servizi prima infanzia** NO SI
11. FREQUENTA la **scuola** (tutti i gradi, fino alla scuola media superiore) NO SI
12. 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, ecc. ...)
13. 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 per i punti 12 e 13), per un totale ore settimanale di _____ come da dichiarazione allegata dell'Ente Erogatore _____, che sarà da me informato con impegno di chiudere la specifica Misura/Servizio, se incompatibile, una volta accertato accesso alla Misura B1 di cui al fondo FNA.

USUFRUISCE dei seguenti servizi/misure:

14. **misura RSA aperta** (ex dgr 7769/2018) come da dichiarazione dell'Ente Erogatore _____, che sarà da me informato con impegno di chiudere la specifica Misura/Servizio, se incompatibile, una volta accertato accesso alla Misura B1 di cui al fondo FNA NO SI
eventuale data di dimissione ____/____/____
15. **sostegni Dopo di Noi** (ex dgr 3054/2020) NO SI
specificare la tipologia di sostegno _____
16. **buono progetti vita indipendente** NO
Specificare con quale di misura _____
17. **misura Bonus per assistente familiare** (ex l.r. 15/2015 e smi) NO SI
18. **voucher anziani al caregiver di persona non autosufficiente** (ex dgr 7487/2017) NO SI
19. **misura Home Care Premium/INPS** NO SI
specificare la tipologia di sostegno _____
20. **misura B2** (ex DGR n. XII/2033/2024) NO SI
eventuale data di dimissione ____/____/____
21. **altri contributi economici/misure di sostegno** NO SI
specificare _____
22. **altri servizi** non espressamente su indicati NO SI
in caso affermativo specificare la tipologia unità d'offerta/servizio _____

23. 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**;
24. 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;
25. si impegna a **COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE** alla ASST di riferimento e alla ATS (Ente erogatore del

DOMANDA DI PRIMO ACCESSO ALLA MISURA B1

contributo) **QUALUNQUE VARIAZIONE** che implichi la rimodulazione, sospensione o l'interruzione del contributo mensile secondo quanto previsto ex DGR n. XII/2033/24

- 26.** 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;
- 27.** di aver preso visione dell'informativa all'utenza relativa alla misura B1
- 28.** 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, che concorrono alla valutazione multidimensionale integrata, alle verifiche sulle prese in carico e alla definizione di progetti 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 LA **DOMANDA 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** compilato, timbrato e firmato dal medico specialista.
- **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 *(SOLO 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 _____
cell. _____	telefono _____
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.

Modello 1**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. XII/2033/24

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 familiari
 - da familiari 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, specificare _____
 - caregiver familiare/assistente personale, debitamente addestrati e supervisionati almeno settimanalmente da personale sanitario, specificare _____

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

➤ Necessità 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

➤ Necessità di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi in quanto presente doppia disfagia (certificata da Specialista medico o da altra documentazione sanitaria)	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 necessità di cui alle lettere A e B (in assenza del bisogno di assistenza continuativa e di monitoraggio nelle 24 ore non è riconosciuta la condizione di dipendenza vitale)
- (**) 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**
- **in caso di minore in età evolutiva indicare la valutazione correlata all'età fisiologica**

INFORMATIVA

(da conservare a cura dell'utente)

MISURA B1 A FAVORE DI PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITA'

- PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE FNA 2023 – ESERCIZIO 2024 –

DGR XII/2033 del 18.03.2024 e ss mm ii

La **Misura B1** è finalizzata a garantire la permanenza a domicilio e nel proprio contesto di vita delle persone con disabilità gravissima, così come individuate dal Decreto Interministeriale Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (FNA) del 26.09.2016 all'art 2, comma 2, lettere da a) ad i), riconfermate all'art 2, comma 2 del DPCM 21/11/2019.

Tale Misura si concretizza nell'erogazione di un buono per compensare l'assistenza fornita dal care giver familiare (familiare che si fa carico principalmente dell'assistito) e/o da personale di assistenza impiegato con regolare contratto, pertanto non costituisce un intervento di sostegno al reddito in sostituzione di altri interventi mirati o sostitutivi di prestazioni di natura diversa garantite nell'area sociale.

Con la **delibera n. XII/1669 del 28.12.2023** Regione ha disposto in merito alla continuità delle persone già in carico al 31/12/2023 con la specifica Misura e ha definito la programmazione degli interventi previsti nel Piano Operativo FNA per il 2024.

Il Piano Operativo di cui alla DGR XII 1669/23 è stato modificato con la DGR XII 2033 del 18/03/2024, che non ha cambiato sensibilmente l'impianto del programma operativo ma ha rimodulato i benefici.

Le persone disabili gravissime, sia quelle in carico al 31/12/2023, sia quelle di nuovo accesso, devono presentare formalmente la domanda di valutazione multidimensionale per l'accesso alla Misura B1 alla propria ASST utilizzando l'apposita modulistica. La valutazione multidimensionale è integrata con i Servizi Sociali dei Comuni/Ambiti.

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

L'elenco è aggiornato mensilmente dall'ATS con inserimento delle persone la cui valutazione si è conclusa nel mese di riferimento tenendo conto dell'andamento e dello sviluppo della Misura.

DOMANDA DI PRIMO ACCESSO ALLA MISURA B1

Per le persone di nuovo accesso che presenteranno istanza entro il 31 ottobre 2024 e la cui valutazione non avverrà entro quella data, le attività valutative saranno concluse entro il 30 novembre e il buono verrà riconosciuto dal 1° dicembre 2024.

1. DESTINATARI

Persone che si trovano a 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
- 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 $QI \leq 34$ 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, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

(*) 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.

2. ACCESSO

La domanda di valutazione va presentata tramite l'utilizzo dell'apposita modulistica, corredata di tutta la documentazione richiesta, all'ASST di riferimento, per le:

- Persone **già in carico al 31.12.2023** è sufficiente presentare istanza entro il **29 febbraio 2024** con possibilità di perfezionamento entro il 30 aprile 2024 qualora non fosse disponibile la documentazione ISEE aggiornata;
- Persone di **nuovo accesso la domanda può essere presentata dal 01 marzo 2024 al 31 ottobre 2024**

N.B. L'accesso alla Misura è assicurata nei limiti delle risorse assegnate da Regione all'ATS.

3. STRUMENTI PREVISTI DALLA MISURA B1: (a)contributo economico e (b)voucher

A seguito della valutazione multidimensionale della predisposizione e condivisione del Progetto Individuale l'ASST può proporre, fino ad esaurimento delle risorse disponibili, l'attivazione dei seguenti strumenti al fine di sostenere la persona con gravissima disabilità e la sua famiglia e garantire la sua permanenza al domicilio e nel proprio contesto di vita.

Il contributo economico mensile è corrisposto a titolo di riconoscimento dell'assistenza fornita da parte del caregiver familiare e/o a titolo di concorso alle spese sostenute per il personale di assistenza regolarmente impiegato e viene riconosciuto dal primo giorno del mese successivo alla valutazione come pure il voucher sociosanitario.

(a) CONTRIBUTO ECONOMICO MENSILE

La Misura prevede un contributo economico variabile in base alle situazioni specifiche previste dalla normativa vigente.

Per le persone con disabilità gravissima, che rispecchino i seguenti requisiti:

- di norma maggiorenni,
- la cui disabilità non sia derivante da naturale invecchiamento o da patologia connessa alla senilità,
- senza il supporto del caregiver familiare,
- con un assistente personale regolarmente impiegato,
- ISEE sociosanitario fino a 30.000 euro

che intendono realizzare il proprio progetto di vita indipendente è prevista una quota aggiuntiva come **Assegno di autonomia**.

(b) VOUCHER

Il voucher è un titolo d'acquisto, non in denaro, che può essere utilizzato esclusivamente per acquistare prestazioni di assistenza sociosanitaria da parte di Erogatori Accreditati e a contratto con l'ATS. E' riconosciuto nei limiti delle risorse disponibili assegnate ad ATS.

- **Voucher sociosanitario** è destinato a tutte le persone con gravissima disabilità ed è erogato da enti accreditati e a contratto con l'ATS di residenza. Si tratta di un sostegno per migliorare la qualità della vita e sostenere la famiglia nel lavoro di cura.
- **Voucher autismo** è dedicato alle persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5. E' finalizzato ad incrementare l'offerta dei percorsi abilitativi/riabilitativi a favore di persone che non sono già in carico riabilitativo e che siano in lista d'attesa per prestazioni riabilitative. Può essere erogato da gestori specializzati nel trattamento dell'autismo a contratto con qualsiasi ATS di Regione Lombardia.

4. EROGAZIONE DEL BUONO E DEL VOUCHER

L'erogazione dei benefici (buono/voucher) avverrà mensilmente.

L'erogazione del contributo economico verrà effettuata da ATS entro il 27 del mese successivo a quello di valutazione.

5. COMPATIBILITÀ ED INCOMPATIBILITÀ

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

- Interventi di assistenza domiciliare: Cure domiciliari, Servizio di Assistenza Domiciliare;

- Interventi di riabilitazione in regime ambulatoriale o domiciliare o in regime di ricovero;
- Interventi di Sperimentazione riabilitazione minori disabili in regime ambulatoriale ex DGR 3239/2012;
- 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 (La somma degli importi riconosciuti con le diverse misure per il personale di assistenza regolarmente impiegato non può comunque eccedere il costo totale sostenuto per la relativa remunerazione);
- Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex p.r. 15/2015 (La somma degli importi riconosciuti con le diverse misure per il personale di assistenza regolarmente impiegato non può comunque eccedere il costo totale sostenuto per la relativa remunerazione);
- Voucher anziani erogato al care giver familiare anziano per necessità di sostegno e supporto (ex DGR n. 7487/2017 e DGR n. 2564/2019);
- Dimora in conventi e comunità religiose purché non finanziata con la Misura di cui alla DGR X/4086/2015 (Misura "Residenzialità Assistita in Comunità religiose").
- Atri eventuali interventi/progetti quali, a titolo esemplificativo:
 - progetti di intervento a sostegno delle famiglie anche in ottica di sollievo, che offrono alla persona la possibilità di trascorrere fuori casa alcune ore per attività di socializzazione e svago realizzate presso, ad es. CDD, RSD, oppure organizzate da enti del terzo settore in raccordo con Comuni/Ambiti, senza configurarsi in termini di una presenza più organizzata quantificata dal presente provvedimento fino a 18 ore settimanali;
 - progetti ex L. 328/2000 a favore di minori disabili sostenuti dai Comuni con loro risorse e che hanno la medesima finalità dei progetto di sollievo di cui sopra. Tali progetti possono però ritenersi compatibili qualora siano parte del Progetto individuale.

L'erogazione del Buono Misura B1 è **INCOMPATIBILE** nei seguenti casi:

- 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;

L'erogazione del Buono 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).

6.VALIDITA' DEL PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE ED EROGAZIONE DEI CONTRIBUTI

Il Programma Operativo Regionale **ha validità annuale** con scadenza al 31/12/2024

L'erogazione dei contributi economici e dei voucher verrà effettuata da ATS, nei limiti delle risorse regionali assegnate.

ATS inserisce i beneficiari in un elenco che viene aggiornato mensilmente.

L'ATS predispone gli elenchi dei beneficiari utilizzando quale criterio ordinario l'ISEE in corso di validità al momento della presentazione della domanda e suddivisi per:

- minori
- adulti
- anziani

Ogni mese l'ATS aggiorna gli elenchi inserendo le persone valutate nel mese precedente utilizzando esclusivamente il criterio ordinario ISEE. In caso di parità condizione economica l'ATS terrà conto della data di protocollazione della domanda. L'accesso al finanziamento è condizionato

DOMANDA DI PRIMO ACCESSO ALLA MISURA B1

alla disponibilità delle risorse per assicurare l'erogazione del contributo per tutto il 2024. Il contributo sarà riconosciuto dal 1° giorno del mese successivo alla data di disponibilità di risorse in considerazione dello specifico elenco.

Pertanto, l'ATS potrà riconoscere il contributo alle persone di nuovo accesso tenuto conto:

- degli elenchi stilati, suddivisi per minori, adulti e anziani;
- del volume di risorse disponibili e necessarie ad assicurare l'erogazione del contributo per tutto il 2024.

7.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 nella 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.

8.AMMISSIBILITA'DEFINITIVA ALLA MISURA E CONTROLLI

L'ATS stabilisce in via definitiva l'ammissibilità alla Misura, valutando la presenza dei requisiti richiesti e il loro mantenimento nell'arco della durata della presa in carico.

NOTA BENE

Tutte le variazioni rispetto alla permanenza a domicilio o alla frequenza di servizi, che possono determinare rimodulazione, sospensione o interruzione del contributo mensile secondo quanto previsto dalla DGR n. XII/2033/2024 e ss mm ii nonché l'eventuale modifica delle coordinate bancarie/postali (IBAN), devono essere prontamente comunicate dall'interessato all'ASST di riferimento e all'ATS (Ente erogatore del contributo alla persona e del pagamento dei voucher ai gestori autorizzati).