



**DOMANDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE
A FAVORE DI PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITÀ
PER AMMISSIBILITÀ ALLA MISURA B1 (FNA 2018)**

ai sensi della DGR n. 1253 del 12/02/2019

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 1253/2019 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);
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 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](#))
7. si avvale di **personale di assistenza** (per assistenza tutelare ad es. badante, ausiliario socio assistenziale –es. ASA-, assistente personale, assistente familiare iscritto al Registro Assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015,.....) regolarmente assunto:
- NO
- SI, secondo una delle seguenti tipologie:
 (compilare solo la voce interessata):
- contratto di regolare assunzione con versamento contributi previdenziali per personale di assistenza assunto direttamente
- documentazione con validità fiscale emessa da ente terzo (es. ente erogatore, cooperativa)
- documentazione con validità fiscale emessa direttamente dal professionista che eroga la prestazione (di assistenza tutelare)

Inoltre essendo a conoscenza dei criteri e dei benefici previsti dalla DGR n. 1253 del 12/02/2019 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 (nido, scuola materna) NO SI
9. FREQUENTA la scuola (tutti i gradi fino alla scuola media superiore) NO SI
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 monte ore settimanale di _____ (come da dichiarazione della struttura)
12. USUFRUISCE dei seguenti servizi/misure:
13. misura RSA aperta (ex dgr 7769/2018) NO SI
14. sostegni DOPO DI NOI (ex dgr 6674/2017) NO SI
 specificare la tipologia di sostegno _____
15. misura bonus per assistente familiare (ex l.r. 15/2015 – DGR n. 914/2018) NO SI
16. voucher anziani al caregiver di persona non autosufficiente (ex dgr 7487/2017) NO SI
17. misura Home Care Premium/INPS NO SI
 specificare la tipologia di sostegno _____

18. **misura B2** (ex DGR n. 1253/2019) NO SI

specificare la tipologia di sostegno _____

19. 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;
20. 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;
21. 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 1253/2019;
22. di essere a conoscenza che in caso di non presentazione della documentazione, indicata nella sottostante sezione ALLEGA, l'istanza sarà considerata non completa e pertanto ritenuta non ammissibile;
23. di aver preso visione dell'informativa all'utenza (modello allegato) relativa alla misura B1
24. 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 ordinario valido alla data di presentazione della domanda** - compreso quello corrente in caso di modifiche essenziali conseguenti ai dati reddituali -
- **certificazione medica di invarianza delle condizioni cliniche** della persona con gravissima disabilità (ATTENZIONE: in riferimento ai minori con disturbi dello spettro autistico - lettera g – è necessaria la certificazione dello Specialista se quella precedente è stata rilasciata 24 mesi prima)
- **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 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 monteore settimanale (solo in caso di frequenza di una Unità d'offerta semiresidenziale sanitaria, socio-sanitaria o sociale)
- **modello 1** (qualora necessario)

PER LE DOMANDE DI PRIMO ACCESSO:

- **modello ISEE ordinario valido alla data di presentazione della domanda** - compreso quello corrente in caso di modifiche essenziali conseguenti ai dati reddituali -
- **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 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 monteore settimanale (solo in caso di frequenza di una Unità d'offerta semiresidenziale sanitaria, socio-sanitaria o sociale)
- **modello 1** (qualora necessario)
- **modello 2** comunicazione dati economici

Ed infine

CHIEDE

che tutti i contatti e le comunicazioni avvengano 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.

Dichiarazione ai sensi del D.P.R. n° 445/2000 art.4, comma 2 (ALL.1)

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, 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.

Ed infine si impegna a presentare ricorso, al Foro competente sul territorio, per la nomina di Amministratore di Sostegno, o di altra figura giuridica tutelare.

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 - DGR 1253/2019

- solo per condizione alla lettera i -

CERTIFICAZIONE CLINICO-FUNZIONALE * (AII.3)

*(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'equipe dell'ASST competente, ai sensi della DGR n. 1253 del 12/02/2019,

dichiara

che il/la Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

è affetto/a da _____

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)	SI	NO
N° ore/die _____ per 7 giorni/settimana	SI	NO

NUTRIZIONE

➤ Necessita di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi	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)

(*)La condizione, al fine della presentazione della domanda, è che l'assistito presenti 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 :

nel dominio della "RESPIRAZIONE" **ventilazione assistita** (invasiva o non invasiva) per almeno 16 ore/die per 7gg alla settimana;

nel dominio della "NUTRIZIONE" IN **alimentazione parenterale attraverso catetere venoso centrale**

INFORMATIVA A FAVORE DELLE PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA- Misura B1 - DGR 1253/2019 - PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE FNA 2018 –

La Misura è finalizzata a garantire la permanenza a domicilio e nel proprio contesto di vita delle persone con disabilità gravissima, 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 29/12/2017 - FNA 2018.

Le persone disabili gravissime, sia quelle in carico al 31/12/2018 sia quelle di nuovo accesso, devono presentare la domanda all' ASST sull'apposita modulistica regionale.

Le persone che alla valutazione da parte dell'ASST presenteranno i requisiti previsti sono inserite dall'ATS nei tre elenchi articolati nelle Aree Minori, Adulti ed Anziani ordinati in base al valore ISEE.

Tali elenchi sono aggiornati trimestralmente, con la precisazione che sono inserite in elenco le persone la cui valutazione si è conclusa nel trimestre di riferimento.

L'erogazione dei benefici (buono ed eventuale voucher) avverrà, fatta salve la disponibilità di risorse, dal mese successivo al trimestre di riferimento.

DESTINATARI

Personale al domicilio in condizione di disabilità gravissima:

- 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;
- di qualsiasi età;
- residenti in Lombardia da almeno 2 anni;
- per le quali sia verificata 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.

ACCESSO

La domanda deve essere presentata tramite l'utilizzo dell'apposita modulistica, corredata di tutta la documentazione richiesta, **all'ASST entro e non oltre il 30/09/2019.**

Le persone già in carico al 31/12/2018 dovranno presentare le domande entro e non oltre il 31 marzo 2019.

STRUMENTI

Il nuovo programma operativo per l'erogazione della misura b1 per il 2019 prevede i seguenti interventi:

1) il buono mensile per le persone totalmente assistite al proprio domicilio, fino ad un massimo di 1.100 euro, calcolato in base a due condizioni:

- **alla permanenza a domicilio della persona disabile gravissima (900 €)**

- **all'assunzione regolare di personale di assistenza (200 €)**

cui si può aggiungere un eventuale voucher mensile (per gli adulti fino a 360 euro e per i minori fino a 500 euro) che verrà riconosciuto in base agli esiti della valutazione multidimensionale e del Progetto Individuale.

Il buono mensile viene erogato per compensare le prestazioni sociali assicurate dal caregiver familiare e/o da assistente familiare impiegato con regolare contratto;

2) buono mensile di 600 euro, destinato alla persona disabile che frequenta un servizio educativo o scolastico, oppure a chi è inserito in un Centro diurno per massimo 14 ore, come riconoscimento del carico assistenziale per la famiglia, a cui può essere aggiunto, sulla base del Progetto Individuale, un eventuale voucher mensile (fino a 360 euro per gli adulti e fino a massimo 500 euro per i minori);

3) SPERIMENTAZIONE PER LE PERSONE CHE NECESSITANO DI ASSISTENZA CONTINUA e di un monitoraggio costante quali le persone ventilo-assistite per almeno 16 ore al giorno e/o con nutrizione parenterale tramite catetere venoso centrale finalizzato a ridurre il carico delle cure che grava sulle famiglie.

Si tratta di un sostegno complessivo mensile di 1.900 euro, suddivisi in un buono mensile di 500 euro alla famiglia e in un voucher mensile fino a 1.400 euro - per l'acquisto di massimo 20 ore settimanali di prestazioni assistenziali al domicilio - a complemento di quanto già assicurato dai servizi di assistenza domiciliare.

Verrà attivata in base agli esiti della valutazione multidimensionale, al Progetto Individuale e alla sottoscrizione della adesione da parte della famiglia.

La presa in carico per questo sostegno sperimentale esclude dal beneficio degli altri interventi sopra descritti.

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 solo per residenzialità autogestita e residenzialità in Cohousing/Housing con normativa regionale vigente;
- prestazioni integrative previste da Home Care Premium/INPS;
- voucher anziani ex DGR n. 7487/2017 erogato al caregiver familiare per necessità di sollievo e supporto;
- frequenza di un'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) per un monte ore settimanale massimo di 14 ore;
- frequenza scuola di ogni grado;
- permanenza della persona disabile gravissima fuori regione per massimo di 90 giorni.

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);
- 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;
- 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;
- frequenza scuola ed è contemporaneamente in carico ad un servizio diurno;
- trasferimento della residenza della persona disabile in altra regione;
- permanenza della persona disabile fuori regione oltre i 90 giorni;

- i Voucher della Misura B1 - adulti fino a € 360 e minori fino a € 500 - 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.

VALIDITÀ

Il Programma Operativo Regionale FNA 2018, ai sensi della dgr 1253/2019, ha validità annuale con scadenza al 31/12/2019 e sulla base delle risorse assegnate alle ATS.

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 all'ASST.