

**DOMANDA DI PRIMO ACCESSO ALLA MISURA B1 PER LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE A FAVORE DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI AD ALTO BISOGNO ASSISTENZIALE E DELLE PERSONE CON DISABILITA' CON NECESSITA' DI SOSTEGNO INTENSIVO MOLTO ELEVATO**  
**(ai sensi della DGR n. XII/3719/2024)**

Domanda presentata tramite:

- consegna al protocollo ASST
- consegna all'operatore dell'Equipe di valutazione multidimensionale(EVM) ASST
- raccomandata con ricevuta di ritorno
- posta pec

:

**Spett.**  
**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** (beneficiario):

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 l'anziano non autosufficiente ad alto bisogno assistenziale o la persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato:**

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)  $\leq 10$ ;
  - 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)  $\geq 4$ ;
  - 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  $\leq 1$  ai 4 arti, Expanded Disability Status Scale (EDSS) con punteggio alla  $\geq 9$ , 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;



Inoltre, essendo a conoscenza dei criteri e dei benefici previsti dalla Dgr n. XII/3719/2024 e delle incompatibilità di questi con la fruizione di alcuni servizi ed interventi del complessivo sistema d'offerta

### DICHIARA

**Che l'anziano non autosufficiente ad alto bisogno assistenziale o la persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato 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  SI  
Specificare con quale di misura \_\_\_\_\_

17. **misura Bonus per assistente familiare** (ex l.r. 15/2015 e smi)  NO  SI

18. **voucher anziani al care giver 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/3719/2024)  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 contributo) **QUALUNQUE VARIAZIONE** che implichi la rimodulazione, sospensione o l'interruzione del contributo mensile secondo quanto previsto ex DGR n. XII/3719/2024;
- 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, 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  
**DOMANDA DI PRIMO ACCESSO ALLA MISURA B1**

**ALLEGA**

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

PER LA **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** 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)



## Modello 3

**PERSONE IN CONDIZIONI DI DIPENDENZA VITALE****- solo per condizione alla lettera i -****CERTIFICAZIONE CLINICO-FUNZIONALE \*****\*(redatta solo dal Medico specialista)**

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/3719/2024

**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 \_\_\_\_\_
  - care giver 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**

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

**NUTRIZIONE**

➤ Necessita di modifiche dietetiche per <b>deglutire sia solidi che liquidi</b> in quanto presente <b>doppia disfagia</b> (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 PER L'UTENZA

PER RICHIESTA DI **ACCESSO** DELLA MISURA B1  
 A FAVORE DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI AD ALTO BISOGNO ASSISTENZIALE  
 E DELLE PERSONE CON DISABILITA' CON NECESSITA' DI SOSTEGNO INTENSIVO  
 MOLTO ELEVATO ai sensi della DGR n. XII/3719/2024  
*(da conservare a cura dell'utente)*

**Regione Lombardia con delibera n. XII/3719 del 30.12.2024 ha definito il nuovo programma** relativo al fondo nazionale per le non autosufficienze (FNA) per il 2025, **a favore degli anziani non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale e delle persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato**, 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 degli anziani non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale e delle persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato, assistite al proprio domicilio in un contesto più ampio di inclusione sociale.

### 1. DESTINATARI

Anziani non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale e persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato 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)  $\leq 10$ ;
- 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)  $\geq 4$ ;
- 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  $\leq 1$  ai 4 arti, Expanded Disability Status Scale (EDSS) con punteggio alla  $\geq 9$ , 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)  $\leq 8$ ;
- 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 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 31.12.2024 è sufficiente presentare istanza entro il 28 febbraio 2025** con possibilità di perfezionamento entro il 30 aprile 2025 qualora non fosse disponibile la documentazione ISEE aggiornata;

- Persone di **nuovo accesso la domanda può essere presentata dal 01 marzo 2025 al 31 ottobre 2025**;
- L'accesso alla Misura è assicurata nei limiti delle risorse assegnate da Regione all'ATS.

### 3. STRUMENTI PREVISTI DALLA MISURA B1

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 € 565 e massimo € 1300 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)

### 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.

Si rammenta in particolare, che:

- la domanda 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 31.12.2025;
- tutte le variazioni rispetto alla permanenza a domicilio o alla frequenza di servizi, che possono determinare la rimodulazione, sospensione o l'interruzione del contributo mensile e del voucher secondo quanto previsto dalla DGR 3719/24, 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).

-

## 5. 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.

## 6. 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.

### LA MISURA E' 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, CA): anche nei casi di completa solvenza**
- **Misura B2**
- **Presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018**
- **Home Care Premium/INPS HCP**
- **Prestazione Universale di cui agli art. 34-36 del D.lgs 29/2024**
- **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 E'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).

**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 ex DGR n. XII/3719/2024 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).**