Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Valcamonica

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 NECESSITÀ DI SOSTEGNO INTENSIVO MOLTO ELEVATO

(ai sensi della DGR n. XII/3719/2024)

Domanda presentata tramite:

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

Spett. le
ASST della Valcamonica
Equipè di Valutazione
Via Nissolina, 2

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)

- ☐ 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 con gravissima disabilità:

Cognome _____ Nome _____

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

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (___) cap _____

via/p.za _____ 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 (alla data di presentazione della domanda)
2. è domiciliato nel Comune di _____ (prov. _____) in via/p.za _____ n° _____
3. è beneficiario 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 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<=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 _____ che dedica _____ **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/1669/2023 - allegati:

☐ 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/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:

9. FREQUENTA **servizi prima infanzia** ☐ NO ☐ SI

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

11. È INSERITO 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 INSERITO 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 della struttura) **che sarà da me informata con impegno di chiudere la specifica Misura/Servizio, se incompatibile, una volta accertato accesso alla Misura B1.**

USUFRUISCE dei seguenti servizi/misure:

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

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

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 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** (DGR n. XII/3719/2024) ☐ 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 normativa regionale (DGR n. XII/3719/2024);
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 della ASST relativa alla misura B1 e del Programma operativo regionale "Caregiver Familiare";
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 -
  - **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** (per 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 _____

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.