

**DOMANDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE
A FAVORE DI PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITÀ
PER L'ACCESSO AL VOUCHER SOCIOSANITARIO DELLA MISURA B1
(ai sensi delle DDGR n. XI/5791/2021 e XI/6003/2022)**

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)

☐ 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/minore 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 fini dell'accesso al

☐ **voucher sociosanitario gravissima disabilità;**

☐ **voucher sociosanitario Autismo**

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. _____) in
via/p.za _____ n° _____
3. è beneficiaria di **indennità di accompagnamento** o definita in condizione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013
4. si trova al momento della presentazione della domanda **a domicilio**
5. è in una delle **condizioni** previste nell'elenco sotto riportato (ex art. 2 DPCM del 27.11.2017):
(barrare la voce interessata)
 - ☐ **A.** persone in **condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima** Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10 ;
 - ☐ **B.** persone **dipendenti da ventilazione meccanica assistita** o non invasiva continuativa (24 ore 7 giorni su 7);
 - ☐ **C.** persone con **grave o gravissimo stato di demenza** con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 ;
 - ☐ **D.** persone con **lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura**, con livello della lesione, identificata sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le 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.

Inoltre, essendo a conoscenza dei criteri e dei benefici previsti dalle DDGGRR n. XI/5791/2021 e n. XI/6003/2022 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:

1. FREQUENTA **servizi prima infanzia** ☐ NO ☐ SI
2. FREQUENTA la **scuola** (tutti i gradi fino alla scuola media superiore) ☐ NO ☐ SI
3. 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, ...)
4. FREQUENTA 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, per un totale ore settimanale di _____ (come da dichiarazione della struttura)

USUFRUISCE dei seguenti servizi/misure:

5. misura **RSA aperta** (ex dgr 7769/2018) ☐ NO ☐ SI
eventuale data di dimissione ____/____/____
6. sostegni **Dopo di Noi** (Legge 112/2016) ☐ NO ☐ SI
specificare la tipologia di sostegno _____
7. buono **progetti vita indipendente** ☐ NO ☐ SI
specificare con quale di misura _____
8. **misura Home Care Premium/INPS** ☐ NO ☐ SI
specificare la tipologia di sostegno _____
9. **misura B2** (ex DGR n. XI/5791/2021) ☐ NO ☐ SI
eventuale data di dimissione ____/____/____
10. **altri misure di sostegno** ☐ NO ☐ SI
specificare _____
11. **altri servizi** ☐ NO ☐ SI
specificare _____
12. 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**;
13. 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;
14. si impegna a **comunicare tempestivamente** alla ASST di riferimento e all'Ente Erogatore scelto **qualunque variazione** che implichi la rimodulazione, sospensione o l'interruzione del voucher sociosanitario mensile;
15. 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;
16. di aver preso visione dell'informativa all'utenza della ASST relativa alla misura B1
17. 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.

18. di esprimere il proprio consenso affinché, in caso di cambio residenza presso altra ASST/ATS lombarda, i dati personali (compreso il fascicolo) possano essere trasferiti dalla ASST/ATS di provenienza a quella di nuova residenza, nel rispetto degli obblighi previsti dalla normativa vigente.

A tal fine

ALLEGA

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

- **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 2** compilato, timbrato e firmato dal medico specialista. (se non già agli atti della ASST per domande B1 anni precedenti)
- **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)
- **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)

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

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. XI/5791/2021,

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**

➤ Necessita 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**

➤ Necessita 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**