



**MODULO DI DOMANDA “ RITORNARE A CASA PLUS”  
INTERVENTI D SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA’ PER LE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVISSIME  
DELIBERAZIONE N.63/12 DEL 11.12.2020**

**ALLEGATO 2**

Al Comune di Iglesias

Il/La sottoscritto/a..... in qualità  
di.....del/della Signor/Signora.....  
nat....a.....il...../...../..... e residente a .....  
in Via/P.zza/Loc.tà/Frazione .....  
Recapito telefonico del familiare di riferimento .....

**DICHIARA**

che il/la Signor/Signora ..... :

beneficia dell’indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18 o di rientrare nella definizione di non autosufficienza ai sensi dell’allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013;

di trovarsi almeno in 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 con bilancio muscolare complessivo  $\leq$  1 ai 4 arti alla scala *Medical Research Council* (MRC), o con punteggio alla *Expanded Disability Status Scale* (EDSS)  $\geq$  9, o in stadio 5 di *Hoehn e Yahr mod*;
- 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 psico-fisiche.

In riferimento alla lettera i) si intendono in condizioni di dipendenza vitale le persone che hanno compromissioni in uno dei domini "motricità" e "stato di coscienza" e in almeno uno dei domini "respirazione" e "nutrizione", come previsto dall'allegato 2 del DM del 26 settembre 2016, accertati secondo le scale e i punteggi di seguito riportati:

- grave compromissione della funzione respiratoria. Deve essere indicata nella scala CIRS con punteggio pari almeno a 4 nell'ITEM "Apparato respiratorio" oltre alla descrizione del quadro clinico rilevato (Coma in respiro spontaneo, presenza di ventilazione assistita invasiva o non invasiva maggiore o uguale a 16 h o tracheotomia in respiro spontaneo);
- grave compromissione della funzione nutrizionale. Deve essere indicata nella scala CIRS con punteggio pari almeno a 4 nell'ITEM "Apparato digerente tratto superiore" oltre alla descrizione del quadro clinico rilevato (tramite alimentazione artificiale: sondino naso gastrico, gastrostomia, parenterale attraverso catetere venoso centrale);
- grave compromissione dello stato di coscienza. Deve essere indicata nella scala CIRS con punteggio pari almeno a 4 nell'ITEM "Patologie del sistema nervoso" oltre alla descrizione del quadro clinico rilevato (stato di minima coscienza, stato neurovegetativo persistente, non sono da includere le demenze);
- grave compromissione della funzione motoria. Scala Barthel INDEX (0-100) Il punteggio rilevato deve essere ricompreso tra 0 e 5.

- non beneficia di un Piano Personalizzato L.162/1998;
- rinuncerà al Piano Personalizzato L.162/1998, in caso di riconoscimento del contributo " Ritornare a Casa PLUS" per Livello Assistenziale Base B;
- di essere beneficiario ultrasessantacinquenne di Piani Personalizzato L.162/1998 con punteggio nella scheda salute superiore a 40;
- di beneficiare del Progetto Home Care Premium ( prestazione prevalente);
- di non beneficiare del Progetto Home Care Premium ( prestazione prevalente).

## CHIEDE

Accesso al Programma "**Ritornare a Casa Plus**" per Livello Assistenziale Base B:

Allega a tal fine:





- Il certificato ISEE socio sanitario 2021;
- La copia del documento di identità del richiedente e del beneficiario;
- Copia del verbale di indennità di accompagnamento rilasciato dall'INPS (**Allegare la copia del verbale senza gli OMISSIS, ovvero la copia del verbale dove sono chiaramente specificate le patologie della persona disabile**) o altra certificazione di cui all'art. 3 del DPCM 159/2013;
- Certificazione medica specialistica di struttura pubblica o privata accreditata che dimostri una delle condizioni previste dall'art. 3 DM del 26.09.2016 (Allegato B);

Iglesias, .....

Firma.....

**La presente e la documentazione prodotta dovrà essere consegnata direttamente o spedita con Racc. A/R all'Ufficio Protocollo del Comune di Iglesias indirizzo PEC: protocollo.comune.iglesias@pec.it.**

### INFORMATIVA

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere a conoscenza che:

1. Le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, nei casi previsti dalla Legge, sono puniti dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia (Artt. 75 e 76 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000);
2. I dati raccolti nella presente domanda e quelli allegati sono acquisiti e utilizzati per i fini istituzionali del Comune di Iglesias in applicazione del D. Lgs. n. 196 del 30.06.2003 (Codice della privacy) e nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 e saranno trattati anche attraverso strumenti informatici automatizzati.
3. Essi potranno essere comunicati ad altri settori del Comune e in forma aggregata, a istituti pubblici o privati sempre nell'ambito delle funzioni istituzionali nell'interesse del/la sottoscritto/a e dei beneficiari;
4. I dati non saranno comunicati a terzi né saranno diffusi.
5. L'indicazione del nome, data di nascita, indirizzo, telefono e mail è necessaria per l'accesso ai contributi di cui alla presente istanza.



### **DIRITTI DELL'INTERESSATO**

In ogni momento, Lei potrà esercitare ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) Chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento;
- g) opporsi al processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- l) proporre reclamo a una autorità di controllo.

**Può esercitare i Suoi diritti mediante comunicazione scritta da inviare alla pec: [protocollo.comune.iglesias@pec.it](mailto:protocollo.comune.iglesias@pec.it)**

**Titolare del trattamento è il Comune di Iglesias con sede in Via Isonzo pec: [protocollo.comune.iglesias@pec.it](mailto:protocollo.comune.iglesias@pec.it).**

### **MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO**

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta sottoscrivendo tale modulo ACCONSENTO al trattamento dei miei dati personali per i fini istituzionali del Comune di Iglesias e con le modalità indicate nell'informativa fornitami con il presente documento.

**Nome e Cognome dell'interessato (in stampatello) .....**

**Data ..... Firma dell'interessato .....**