



**MODULO DI DOMANDA “ RITORNARE A CASA PLUS”
INTERVENTI DI SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITÀ PER LE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVISSIME
DELIBERAZIONE 7/11 DEL 28.2.2023 e 13/64 del 06.04.2023**

ALLEGATO 2

Al Comune di **IGLESIAS**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____,
residente a _____,
Via/ Piazza _____ n. _____ CAP _____
Codice fiscale _____ Tel _____
e-mail _____ pec _____

In qualità di:

- destinatario del Progetto
- amministratore di sostegno/ incaricato della tutela/ curatore
- titolare della potestà genitoriale
- familiare responsabile (indicare il rapporto di parentela): _____

CHIEDE

Per se stesso

in favore di:

Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ il _____,
residente a _____,
Via/ Piazza _____ n. _____ CAP _____
Codice fiscale _____ Tel _____

Accesso al Programma “Ritornare a Casa Plus” per Livello Assistenziale Base B:

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;

si trova in 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 con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala *Medical Research Council* (MRC), o con punteggio alla *Expanded Disability Status Scale* (EDSS) ≥ 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) ≤ 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.

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);



Distretto di Iglesias Comuni di Buggerru, Domusnovas,
Fluminimaggiore, Iglesias, Gonnese, Musei, Villamassargia
Tel 0781/274401-422-428 fax 0781/2744

- 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;
- risulta beneficiario ultrasessantacinquenne di Piano Personalizzato L.162/1998 con punteggio nella scheda salute superiore a 40;
- beneficia del Progetto Home Care Premium (prestazione prevalente);
- non beneficia del Progetto Home Care Premium (prestazione prevalente).
- di comunicare tempestivamente eventuali ricoveri in strutture ospedaliere, residenziali o hospice per un periodo fino a 30 giorni, in quanto gli interventi verranno sospesi per essere ripristinati con il rientro a domicilio.
- chiederà di utilizzare, in caso di esito positivo dell'istanza, *fino alla metà* del contributo per la fornitura diretta di cura da parte del **Caregiver** per le seguenti attività e numero ore di assistenza giornaliera:

Allega a tal fine:

- La Scheda di Valutazione Multidimensionale aggiornata alla situazione sanitaria in essere al momento della presentazione della domanda, e completa di Relazione Sanitaria per l'inserimento nel Programma Ritornare a Casa Plus (da compilare, timbrare e firmare in tutte le sue parti a cura del Medico di Medicina Generale o del medico specialista della patologia principale o della UVT), rilasciata in data non anteriore ai 6 mesi;
- 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 - rilasciata in data non anteriore ai 6 mesi precedenti la presentazione dell'istanza;
- Il certificato ISEE socio sanitario 2024;
- 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;
- Eventuale decreto di nomina tutore/ curatore/amministratore di sostegno del destinatario.

Si prega di allegare alla presente domanda esclusivamente la documentazione su indicata, in quanto eventuali integrazioni non saranno prese in considerazione.

Comune, _____

Firma _____

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



Distretto Socio Sanitario di Iglesias
plus@comune.iglesias.ca.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

Titolare del trattamento è il Comune di **IGLESIAS** con sede in **VIA ISONZO** PEC: 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

