

- h) 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 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.

CHIEDE

Il riconoscimento della Misura B1, prevista dalla D.G.R. n. X/5940 del 5.12.2016 a favore del/la sig./sig.ra _____.

A tal fine, consapevole che ai sensi dell'art. 26 della Legge n.15/1968, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali vigenti in materia e sotto la propria responsabilità

DICHIARA CHE

- il sig./sig.ra _____ è residente in Regione Lombardia;
- è a conoscenza delle seguenti condizioni di incompatibilità:
 1. per il Buono Mensile:
 - accoglienza definitiva presso Unità d'Offerta residenziali socio sanitarie (R.S.A., R.S.D., Hospice, C.S.S).
 - ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
 - inserimento in Unità d'Offerta semiresidenziali socio sanitarie o sociali, con frequenza strutturata e continuativa (C.D.D., C.D.I., Riabilitazione in diurno continuo, CSE)
 - erogazione misura RSA Aperta
 2. per il Voucher socio sanitario: l'assenza temporanea o definitiva dal proprio domicilio;
- è a conoscenza che l'A.S.S.T., ai sensi dell'art.71, D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, potrà procedere ad 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 norme vigenti;

INDICA ALTRESI'

- I dati anagrafici e i recapiti del/dei/familiare/i care-giver di cui ha necessità quotidiana di aiuto e supporto:

cognome _____ nome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ prov _____ cap _____

via _____ n. _____ tel. _____

grado di parentela _____ convivente non convivente

ALLEGA

- Certificazione specialistica comprovante la diagnosi di gravissima disabilità;
N.B. per la redazione si veda l'allegato 1)
- Copia del verbale di accertamento di invalidità da cui risulti il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o copia della certificazione della condizione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013. Le persone di cui alle precedenti lettere a) e d), in caso di accertamento di invalidità non ancora definito, possono accedere nelle more della definizione del processo di accertamento;
- Copia del documento di identità del richiedente;
- Copia Certificazione ISEE ordinario familiare in corso di validità, o una DSU, rilasciato ai sensi del D.P.C.M. 159/2013.

_____ lì _____
Luogo data

firma estesa leggibile

Espressione di consenso al trattamento di dati sensibili.

Il sottoscritto _____ acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, consapevole che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" come definiti all'art. 4 lett. d) del citato decreto, vale a dire *"i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale"* presta il suo consenso al trattamento dei dati sensibili sanitari nell'ambito e per le finalità indicate nell'informativa

Data _____ Firma _____

Considerato che il sig. /la sig.ra _____ non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere,

Il sottoscritto _____

amministratore di sostegno

tutore

acconsente al trattamento dei dati sensibili sanitari nell'ambito e per le finalità indicate nell'informativa

Data _____ Firma _____

INFORMATIVA ALL'UTENZA
DECRETO LEGISLATIVO N. 196, 30 GIUGNO 2003 "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI"

Gentile Utente,

La informiamo, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" (di seguito Codice), che i dati personali da Lei forniti, ovvero altrimenti acquisiti nell'ambito della nostra attività, potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della suddetta normativa.

I dati personali, Suoi ed eventualmente dei Suoi familiari, sono necessari per poter erogare la prestazione richiesta, per gli adempimenti di legge e per finalità istituzionali, connesse o strumentali all'attività dell'Azienda. I dati stessi potranno essere trattati anche successivamente al termine della prestazione erogata, nei limiti sopraindicati.

Il trattamento dei dati avverrà mediante l'utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici.

La informiamo inoltre che i dati forniti non verranno da noi diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

Tali dati verranno da noi comunicati ad uno o più soggetti determinati di seguito elencati, tenuti comunque, nel trattamento dei dati stessi, al rispetto delle norme contenute nel Codice:

- agli Operatori degli Uffici di questa ASST, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei Suoi dati personali risulti necessario o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale dell'Azienda;
- ai soggetti pubblici e privati che, per conto dell'ASST:
 - ✓ forniscano specifici servizi elaborativi,
 - ✓ svolgano attività connesse, strumentali o di supporto a quella dell'Azienda,
 - ✓ svolgano attività necessarie all'esecuzione di tutte le prestazioni da Lei richieste o che richiederà;
 - ✓ possano accedere ai dati personali in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme.

Si precisa che, per trattare i soli dati che hanno natura "sensibile", è necessario il Suo consenso scritto che verrà acquisito dagli Uffici preposti al momento della Sua richiesta di prestazione. Sono da considerarsi "dati sensibili" i dati personali idonei a rilevare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale.

La informiamo altresì che, pur non essendo obbligatorio fornire i dati personali, in loro mancanza questa Azienda sarà impossibilitata ad erogare le prestazioni richieste e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge.

In relazione ai predetti trattamenti, Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n.196/03, che per facilità di consultazione viene riprodotto integralmente, rivolgendosi al Titolare del trattamento di seguito riportato:

A.S.S.T. VALTELLINA E ALTO LARIO Via Stelvio, 25 23100 SONDRIO (SO)
Distinti Saluti.

IL DIRETTORE GENERALE
ASST Valtellina e Alto Lario

Art. 7 – Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi dei titolari, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o

diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;

al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

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, 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 _____ 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 _____ 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

_____ lì _____
Luogo data

firma estesa leggibile

Spazio riservato al Pubblico Ufficiale

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.

Il Pubblico Ufficiale

_____ lì _____
Luogo data

nome e cognome e qualifica

ALLEGATO 1

NOTA INFORMATIVA PER LA REDAZIONE DELLA CERTIFICAZIONE COMPROVANTE LA DIAGNOSI DI GRAVISSIMA DISABILITÀ

Persone di cui alle precedenti lettere b), c), d), e), f), g), h) devono essere utilizzate le scale indicate nell'Allegato 1 del Decreto FNA 2016, assumendo i punteggi/parametri fissati all'art.3, comma 2 del Decreto e di seguito elencati:

- b) dipendenza da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c) grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala *Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)* ≥ 4 ;
- d) 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) 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) deprivazione sensoriale complessa intesa come competenza 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 ipocusia, 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) gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- h) 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 ;

La valutazione è a cura dello Specialista di Struttura pubblica o privata accreditata, a contratto con la ATS per l'erogazione delle prestazioni di ricovero e cura, specialistica ambulatoriale, psichiatria e neuropsichiatria infantile, il quale rilascia la certificazione indicando il tipo di condizione ed il relativo punteggio ottenuto con l'applicazione della corrispondente scala, per chi è nelle condizioni di cui alle lettere c), d), e), g), h) o parametri indicati, per chi è nelle condizioni di cui alle lettere b) e f).

Per le persone in Stato Vegetativo, indicate alla lettera a), come previsto dalla normativa regionale vigente, il punteggio della *Glasgow Coma Scale* ≤ 10 e relativa diagnosi sono specificati nella relazione di dimissione da parte delle Strutture Sanitarie.