

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE "VENAFRO"

(Deliberazione del Consiglio Regionale n.313 del 1 dicembre 2015)

COMUNI ASSOCIATI

(Acquaviva d'Isernia, Castel S. Vincenzo, Cerro al Volturno, Colli al Volturno, Conca Casale, Filignano, Fornelli, Montaquila
Montenero Valcocchiara, Pizzone, Pozzilli, Rionero Sannitico, Rocchetta al Volturno, Scapoli, Sesto Campano, Venafro)

CITTA' DI VENAFRO

Medaglia D'Oro al Valore Civile

AVVISO PUBBLICO

OGGETTO: FNA 2017. SERVIZI ED AZIONI PER PERSONE CON DISABILITA' SEVERA E CON GRAVE NON AUTOSUFFICIENZA ASSISTITE A DOMICILIO.

Premessa

L'Ambito Territoriale Sociale di Venafro emana il presente Avviso Pubblico in coerenza ed attuazione della deliberazione di Giunta Regionale n. 239 del 24 maggio 2018 che ha approvato il Programma Attuativo "*Fondo Nazionale Non Autosufficienza 2017 - Servizi ed azioni per persone con disabilità severa e con grave non autosufficienza assistite a domicilio*" unitamente al Disciplinare per la realizzazione del Programma Attuativo, e della determinazione del Responsabile dell'Ufficio di Piano cui è allegato il presente avviso.

Art. 1 Durata

Il Programma ha una durata di mesi 12, decorrenti dall'approvazione delle graduatorie dei beneficiari di cui alle lett. A) e B) e C). Sono fatti salvi eventuali effetti retroattivi, a decorrere dall'01/06/2018, data di attivazione del Programma ministeriale, in relazione ai tempi tecnici della procedura.

Art. 2 Finalità

Il Programma è finalizzato ad assicurare:

- a persone (adulti e minori), in condizione di disabilità gravissima, un sistema assistenziale domiciliare;
- a minori con grave disabilità, percorsi di studio e formativi finalizzati all'acquisizione di maggiori livelli d'autonomia;
- ai soggetti in condizione di disabilità grave, che hanno terminato il percorso scolastico, attraverso la frequenza di Centri Socio Educativi autorizzati a ciclo diurno, l'inclusione sociale e l'apprendimento di nuove competenze.

Art. 3 Destinatari

I destinatari del Programma sono:

COMUNE DI POZZILLI
Protocollo Arrivo N. 6658/2018 del 04-07-2018
Copia Documento

A) Persone, adulti e minori residenti in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale di Venafro, in condizioni di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere socio-sanitario nelle 24 ore, 7 giorni su 7, per bisogni assistenziali complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche.

Rientrano in tale categorie le persone che beneficiano dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18 e alla legge n. 508/1988 e per le quali si sia verificata 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 ivi incluse quelle affette dal morbo di Alzheimer 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 Yahrmod e persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA);
- 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 psico-fisiche.

B) Minori con gravissima disabilità, riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge 104/92, residenti nella regione Molise, impegnati in percorsi di studio e formativi per la frequenza di corsi finalizzati all'acquisizione di competenze per l'autonomia personale e/o sociale, per l'orientamento e mobilità e per l'apprendimento delle capacità necessarie a favorire l'autonomia comunicativa relazionale;

C) Persone frequentanti Centri Socio Educativi a ciclo diurno, presenti sul territorio regionale, regolarmente autorizzati/accreditati, per la realizzazione di attività sperimentali rivolte a soggetti con grave disabilità che frequentano la struttura per il finanziamento di progetti che contemplino attività a carattere realmente innovativo rispetto a quelle svolte ordinariamente, tese al mantenimento delle capacità residue ed all'acquisizione di maggiori livelli di autonomia.

A

**Art. 4 Azioni di supporto alla persona
in condizioni di disabilità gravissima ed alla sua famiglia**

Il beneficiario e, se impossibilitato, per il tramite del *care giver*, dovrà esprimere una sola preferenza riguardo all'intervento che ritiene maggiormente confacente alle proprie esigenze, tra quelli di seguito elencati:

Per i pazienti di cui alla lettera A

1. Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) garantito dall'Ambito attraverso la cooperativa aggiudicataria del servizio oppure attraverso *voucher* (per i soli Ambiti che ne hanno previsto l'utilizzo) da un minimo di 8h ad un max di 14h settimanali per 52 settimane sulla base del piano personalizzato;

2. contributo economico per il care giver nell'importo di € 400,00 mensili. Questo intervento verrà concesso in assenza della fruizione di prestazioni domiciliari rese nell'ambito dei servizi di assistenza domiciliare comunale (SAD) e/o garantite nell'ambito dell'assistenza tutelare e del SAD disabili erogato dagli ATS (non concorrono le ore assicurate dal progetto Home care Premium). Nel caso più componenti della stessa famiglia siano ammessi al Programma può essere individuato un solo *care giver* a cui sarà riconosciuto il contributo di 400,00 euro per un paziente e nella misura del 50% per gli altri.

A tale azione verrà destinato solo il 40% delle risorse assegnate all'Ambito Territoriale Sociale di Venafro, alla voce "*assistenza domiciliare voucher e sostegno care giver*", di cui potranno beneficiare i pazienti valutati in condizione di maggiore severità, scaturente dal punteggio della SVAMA semplificata e, in caso di parità di quest'ultima, dall'ulteriore punteggio della tabella di valutazione integrativa in allegato.

Coloro che pur avendo optato per tale intervento non rientrano tra quelli che possono fruirne sono inseriti d'Ufficio tra i richiedenti l'azione di cui al punto 1);

3. ricoveri di sollievo in strutture regionali sociosanitarie o assistenziali, attrezzate a garantire le cure necessarie, individuate dai familiari, con l'onere della quota sociale fino ad un max di € 38,00 al giorno, a carico della Regione per un periodo continuativo nel corso dell'anno di n.15 giorni o azioni di supporto individuate nel progetto personalizzato, il cui costo preventivamente autorizzato, può essere rimborsato fino ad un max. di € 3.000,00, comprensivo di Iva. In caso di costo superiore il beneficiario deve farsi carico della spesa non coperta dal contributo.

La gestione dell'intervento in favore delle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) sarà assicurata direttamente dalla Regione.

Verrà loro garantita l'assistenza domiciliare mediante il sostegno economico al *care giver*, qualora richiesta, con le modalità stabilite nel corso dell'esecuzione del precedente Programma loro dedicato di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale del 9 gennaio 2012, n. 7, oppure la concessione di uno degli altri benefici previsti per i pazienti di cui alla lettera A) del Programma in parola, sulla base della preferenza espressa. È garantita la continuità assistenziale quando già inseriti nei precedenti Programmi, nonché la presa in carico delle nuove istanze. La domanda di ammissione al Programma a firma del richiedente il beneficio, o se impossibilitato da chi ne cura gli interessi, può essere presentata in qualsiasi momento di realizzazione del Programma all'Ambito Territoriale Sociale di Venafro. Nella domanda si attesta il possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità e si descrivono le caratteristiche essenziali relative alla situazione individuale, la situazione familiare, la documentazione sanitaria rilasciata da una struttura pubblica specialistica

nella quale sia chiaramente accertata la diagnosi. Il servizio sociale professionale dell'ATS redige uno specifico PAI per una presa in carico del paziente integrata con i servizi competenti dell'Azienda Sanitaria Regionale. Il PAI deve considerare la fragilità della condizione legata alla situazione clinica ed altre variabili a carattere sociale, economico e psicologico al fine di facilitare il carico assistenziale. È necessario che gli operatori, intervenendo a domicilio del paziente, mantengano con lui e con la famiglia un rapporto per aiutarli ad orientarsi nel percorso delle cure. L'istanza, corredata dalla documentazione sanitaria e dal PAI viene trasmessa al competente Servizio regionale che riunisce la Commissione regionale costituita allo scopo e composta: dal direttore del Servizio Programmazione delle Politiche Sociali, dal Responsabile dell'Ufficio Coordinamento degli accordi Interministeriali e per l'implementazione delle Politiche Sociali, da un assistente sociale dell'ATS e da un medico dell'UVM competenti per territorio, un rappresentante dell'Associazione dei familiari.

Il beneficio quando concesso decorre dal giorno di presentazione della domanda. Per il contributo economico al care giver sono vigenti le modalità di quantificazione dell'importo spettante stabilite dal precedente programma dedicato ai malati di SLA (da un minimo di € 300,00 ad un massimo di € 700,00 sulla base del carico assistenziale). La Regione liquida agli aventi diritto, accertata la permanenza dei requisiti (esistenza in vita e permanenza presso il proprio domicilio) trimestralmente le spettanze dovute per il tramite dell'ATS di riferimento. In caso di ricovero del paziente in struttura ospedaliera, extraospedaliera o struttura socio sanitaria, assistenziale o riabilitativa, per un periodo continuativo superiore a trenta giornate l'erogazione del contributo dovrà essere interrotta. Qualora vengano preferiti gli altri interventi previsti dal Programma per i pazienti di cui alla lettera A) verranno seguite le modalità in esso previste.

Per i pazienti di cui alla lettera B

Il costo sostenuto per la realizzazione di percorsi di studio per interventi funzionali all'acquisizione delle autonomie personali e/o sociali, orientamento e mobilità e per l'apprendimento di capacità necessarie a favorire l'autonomia comunicativa/relazionale **in favore di minori affetti con grave disabilità**, può essere rimborsato fino all'importo massimo di € 8.000,00 (IVA inclusa). L'eventuale spesa di importo maggiore di quanto consentito sarà a carico dell'assistito. Il corso deve essere svolto entro l'anno di realizzazione del Programma, che decorre dall'approvazione della graduatoria e della concessione del beneficio.

Persone frequentanti i Centri Socio Educativi

I Soggetti frequentanti i Centri Socio Educativi autorizzati e/o accreditati (se pubblici, di concerto con l'Ambito) devono presentare esclusivamente istanza di partecipazione al beneficio di cui all'apposito allegato.

Art. 5 Modalità di presentazione della domanda

L'istanza di ammissione al Programma deve essere redatta utilizzando esclusivamente gli **appositi modelli (rispettivamente per la lettera A per la lettera B e per la lettera C)** allegati al presente Avviso Pubblico, avendo cura di produrre unitamente la certificazione richiesta.

Tali modelli saranno disponibili presso gli Uffici di Cittadinanza dei Comuni facenti parte dell'Ambito Territoriale Sociale di Venafro, nonché scaricabili dal sito istituzionale del Comune capofila dell'ATS Venafro: www.comune.venafro.is.it.

La domanda dovrà essere inviata all'ATS di Venafro all'indirizzo: "Ufficio di Piano – Piazza Cimorelli n. 1 – 86079 Venafro (IS)" nelle seguenti modalità:

- inoltrata a mezzo raccomandata A/R utilizzando una busta chiusa che riporti la seguente dicitura: "domanda di ammissione al Programma Attuativo FNA 2017" (non farà fede il timbro postale, ma la data di ricevimento a pena di inammissibilità);
- consegnata a mano all'Ufficio Protocollo del Comune di residenza del beneficiario;
- inoltrata a mezzo la PEC dell'Ambito: udp@pec.ambitoterritorialesocialevenafro.it

entro e non oltre le ore 12,00 del 30 luglio 2018 (30° giorno dalla pubblicazione dell'Avviso all'Albo Pretorio on line del Comune di Venafro – Comune capofila dell'ATS Venafro);

L'Ambito Territoriale Sociale di Venafro ed i Comuni appartenenti allo stesso non si assumono la responsabilità di eventuali disservizi postali o telegrafici ovvero eventuali disservizi imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Alla domanda dovranno essere allegati a pena di esclusione:
per i pazienti di cui alla lett. A):

- **copia documento d'identità** in corso di validità del paziente e del suo *care giver*;
- **copia del Verbale della Commissione medica** di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 18 dell'11/02/1980;
- **Scala di valutazione per coloro che rientrano in una delle patologie di cui alle lettere: a), c), d) e) ed h), tutte debitamente firmate, datate (la cui data non potrà essere antecedente a mesi 6 dalla pubblicazione del presente avviso) e con l'apposizione del timbro del medico certificatore.**

Dette scale, i cui modelli sono allegati al presente Avviso, dovranno essere compilate dal Medico di Medicina Generale sulla base della documentazione specialistica in possesso del paziente ovvero dal Medico specialista del SSN (operante presso struttura pubblica o accreditata);

- **Certificazione per coloro che rientrano in una delle patologie di cui alle lettere: b), f), g) ed i) attestante la gravità della patologia di appartenenza. Per la patologia di cui alla lett. i) la valutazione dovrà** tenere conto dei Domini indicati nell'allegato 2 al Decreto interministeriale del 26 settembre 2016; dette certificazioni dovranno essere effettuate dal MMG con specifica attestazione di aver preso visione di tutta la documentazione sanitaria specialistica in possesso del paziente.

per i pazienti di cui alla lett. B)

- Copia documento d'identità in corso di validità del richiedente;
- Copia certificato di disabilità grave, art. 3 comma 3 della L. 104/'92;
- progetto datato e sottoscritto dalla cooperativa o dal professionista che ha redatto il progetto per l'acquisizione dell'autonomia.

per i pazienti di cui alla lett. C)

- Copia documento d'identità in corso di validità del richiedente;
- Copia certificato di disabilità grave, art. 3 comma 3 della L. 104/'92;
- Attestazione di frequenza rilasciato da parte del Centro Socio Educativo

Art. 6 Irricevibilità ed inammissibilità delle domande

Le domande presentate ai sensi del presente Avviso saranno sottoposte, in via preliminare, alla verifica delle condizioni di ricevibilità e di ammissibilità per la successiva valutazione.

Sono considerate irricevibili le domande:

- a) pervenute o consegnate a mano precedentemente oppure oltre il termine di scadenza fissato nel presente Avviso;
- b) presentate su modulistica diversa da quella allegata;
- c) presentate secondo modalità diverse da quelle indicate all'art. 5 (es. a mezzo fax);
- d) prive della sottoscrizione a cura del beneficiario o di chi ne fa le veci oppure presentate da un cittadino residente in un altro Ambito Territoriale;

Sono considerate inammissibili le domande incomplete:

L'incompletezza della domanda può riferirsi:

- a) alla dichiarazione, nel caso di caselle non barrate che possono riguardare: le dichiarazioni in autocertificazione, il tipo di intervento richiesto, la indicazione della patologia per la quale si partecipa;
- b) alla certificazione sanitaria: compilazione di scale non conformi al bando regionale o non compilate con esattezza, secondo quanto indicato all'art. 5.

Sono, inoltre, considerate escluse le domande presentate da cittadini che non rientrano in nessuna delle categorie di cui all'art. 3 del presente Avviso.

Art. 7 Istruttoria e procedura di valutazione (Lett. A)

Al termine delle verifiche di irricevibilità e inammissibilità delle domande pervenute, per i pazienti di cui alla lettera A, si procederà nel seguente modo:

1. L'Ambito Territoriale Sociale convoca la Commissione di riferimento che stabilisce quali, tra i pazienti che hanno inoltrato istanza, necessitano di visita domiciliare sulla base delle indicazioni previste dal Programma. Per i pazienti richiedenti l'inserimento nel Programma, in condizione di gravità estrema non suscettibile di miglioramento, non deve essere effettuata nuovamente la valutazione. Tale condizione deve essere accertata e dichiarata dalla Commissione di Riferimento per la realizzazione del Programma sulla scorta delle valutazioni già effettuate dall'UVM in occasione del precedente Programma FNA, alla luce delle risultanze della scheda SVaMA e SVaMA semplificata, da cui deve risultare il conseguimento del punteggio massimo, nonché della documentazione sanitaria agli atti e delle considerazioni riportate nel verbale UVM.
2. L'Ambito Territoriale Sociale procede, tramite i Servizi Sociali ad attivare l'UVM (Unità di Valutazione Multidisciplinare) distrettuale che provvederà alla valutazione utilizzando le schede SVaMA (All. n. 11) e SVaMA semplificata (All. n. 12);
3. La SVaMA deve essere redatta, al termine dell'effettuazione delle visite domiciliari. L'ammissione al Programma è consentita ai soli pazienti che conseguono un punteggio compreso tra 10 e 18 SVaMA semplificata. A parità di punteggio della SVaMA semplificata, avranno accesso ai benefici previsti dal Programma prioritariamente i pazienti "disabili gravissimi" il cui nucleo familiare risulta in condizione di maggiore fragilità sulla base delle valutazioni espresse dall'assistente sociale mediante la compilazione della scheda di valutazione integrativa (All. n. 13).
4. La Commissione, ricevute le valutazioni effettuate dall'UVM, procederà, a formulare la graduatoria sulla base del punteggio riportato dalla scheda SVaMA semplificata (dal punteggio piu' alto a quello piu' basso) e a parità di punteggio SVaMA semplificata sarà data precedenza agli utenti, il cui nucleo familiare risulta in condizione di maggiore fragilità, che hanno riportato un punteggio piu' alto della scheda di valutazione integrativa (All. n. 13) (dal punteggio piu' alto a quello piu' basso).

Si precisa, inoltre, che le visite domiciliari propedeutiche alla convocazione dell'UVM potranno non essere effettuate per i pazienti già inseriti nel Programma precedente (FNA 2016) e sempre che la valutazione di essi non sia antecedenti di 6 mesi rispetto alla data di pubblicazione del presente Avviso e la loro condizione di gravità estrema non sia suscettibile di miglioramento o di aggravamento ed essi sono già in carico ai servizi distrettuali.

In caso di parità di punteggio di SVAMA semplificata, l'ATS richiederà la relativa certificazione ISEE.

La mancata produzione della certificazione ISEE entro 10 gg. lavorativi dalla richiesta formulata agli interessati dall'ATS, determinerà l'attribuzione del punteggio più basso alla scheda da applicare in caso di parità di punteggio SVAMA semplificata come specificato nel Disciplinare per la realizzazione del Programma Attuativo.

Art. 8 Criteri per la valutazione dei progetti

La Commissione per la valutazione dei progetti di cui alla lett. B) dovrà attenersi ai seguenti criteri:

- strutturazione del percorso di realizzazione;
- integrazione con le attività già svolte dal minore;
- valutazione specialistica del metodo utilizzato nel progetto ed appropriatezza riguardo alle problematiche del minore;
- coinvolgimento dei genitori, degli insegnanti, dei pediatri e/o medici specialisti;
- professionalità certificata del formatore nella specifica attività;
- corrispondenza tra il costo, l'attività prevista ed i professionisti impegnati;
- continuità con percorsi formativi già frequentati dal minore.

Il punteggio per ogni voce è compreso tra 0 e 5:

0 inadeguato; 1 scarso, 2 sufficiente; 3 discreto; 4 buono; 5 ottimo.

Art. 9 Compiti specifici della Commissione di riferimento

Al termine della scadenza del presente Avviso, l'ATS, con provvedimento dirigenziale, nomina la Commissione di riferimento così composta: dal Direttore e/o Coordinatore ATS, da un'Assistente sociale dell'ATS, dal direttore del Distretto Sanitario, da un medico dell'UVM distrettuale.

Per le domande rientranti nella lett. A),

la Commissione:

- prende atto del numero di istanze pervenute;
- prende atto delle istanze irricevibili e quelle inammissibili;
- stabilisce quali, tra i pazienti che hanno inoltrato istanza, necessitano di visita domiciliare (socio-sanitaria), alla luce di quanto precisato all'articolo 7;
- al termine delle valutazioni, effettuate nelle modalità di cui all'art. 7, redige la graduatoria e ripartisce le risorse assegnate dalla Regione sulle relative voci di costo.

Per le domande rientranti nella lett. B),

la Commissione:

- prende atto del numero di istanze pervenute;
- verifica le istanze irricevibili e quelle inammissibili;
- valuta i progetti allegati alla domanda sulla base dei criteri fissati all'art. 8;
- redige la graduatoria e ripartisce le risorse assegnate dalla Regione su tale voce di costo;

Per le domande rientranti nella lett. C),

la Commissione:

- prende atto del numero di istanze pervenute;
- verifica le istanze irricevibili e quelle inammissibili;
- redige la graduatoria e ripartisce le risorse assegnate dalla Regione su tale voce di costo.

N.B. L'ammissione dei richiedenti aventi titolo ai benefici assistenziali previsti dal Programma, avverrà fino alla concorrenza massima delle risorse disponibili.

Art. 10 Liquidazione

In seguito all'approvazione da parte della competente Commissione, di cui all'art. 9, e solo dopo l'erogazione delle somme da parte della Regione Molise, l'ATS:

- Per i pazienti di cui alla lettera A e persone affette da SLA, provvederà alla liquidazione con cadenza trimestrale in favore del beneficiario o della cooperativa sociale (se trattasi di SAD);
- Per i pazienti di cui alla lettera B, provvederà a liquidare alla famiglia beneficiaria, a titolo di anticipazione, l'80% del costo del corso ed il 20% a saldo solo dopo aver acquisito la documentazione economica probante della spesa sostenuta per l'intero corso ed una dettagliata relazione sull'attività svolta ed i benefici raggiunti.
- Per i ricoveri di sollievo l'80% del costo riconosciuto verrà liquidato a titolo di anticipazione ed il 20% a saldo previa acquisizione della documentazione comprovante la spesa sostenuta;
- Per le azioni quali il trasporto, l'acquisto ausili non previsti dal nomenclatore sanitario il costo viene liquidato a saldo previa acquisizione della documentazione comprovante la spesa sostenuta.

Art. 11 Rinvio

Per tutto quanto non espressamente previsto nel presente Avviso si rinvia a quanto disciplinato nel Programma Attuativo "FNA 2017 - Servizi ed azioni per persone con disabilità severa e con grave non autosufficienza assistite a domicilio" e dal Disciplinare per la realizzazione del Programma Attuativo approvati con la deliberazione di G.R. n. 239 del 24 maggio 2018.

Art. 12 Trattamento dati

I dati personali, conferiti ai fini della partecipazione al presente Avviso, saranno raccolti e trattati nell'ambito del relativo procedimento amministrativo, nel rispetto del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i. nonché del Regolamento UE n. 2016/679.

Art. 13 Informazioni

Sarà possibile rivolgersi per qualsiasi informazione presso gli uffici dell'ATS Venafro-Ufficio di Piano, siti in Venafro (IS) al Viale San Nicandro n. 15 (ex Pretura) oppure contattare i seguenti recapiti telefonici: 0865 906801-906802

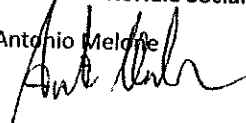
Gli orari di ricevimento sono:

giorni lunedì, martedì, mercoledì, giovedì e venerdì dalle ore 09:00 alle ore 13:00.

Venafro, 29.06.2018

Il Responsabile dell'Ufficio di Piano
dell'Ambito/Territoriale Sociale di Venafro

Dott. Antonio Melone



ALLEGATI:

Per gli Utenti:

- All. n. 1: Modello di domanda lettera A);
- All. n. 2: Modello di domanda lettera B);
- All. n. 16: Modello di domanda lettera C);
- All. n. 14: Modello di domanda per persone affette da SLA;
- All. n. 15: Autodichiarazione.

Per il Medico Specialista e/o il Medico di Medicina Generale:

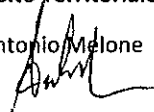
- All. n. 3: Modello scala Glasgow Coma Scale (GCS);
- All. n. 4: Modello scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS);
- All. n. 5: Modello scala ASIA Impairment Scale (AIS);
- All. n. 6: Modello scala Medical Research Council (MRC);
- All. n. 7: Modello scala Expanded Disability Status Scale (EDSS);
- All. n. 8: Modello scala di Hoehn e Yahr mod;
- All. n. 9: Modello scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER);
- All. n. 10: Certificazione di valutazione condizione patologica di cui alla lettera i).

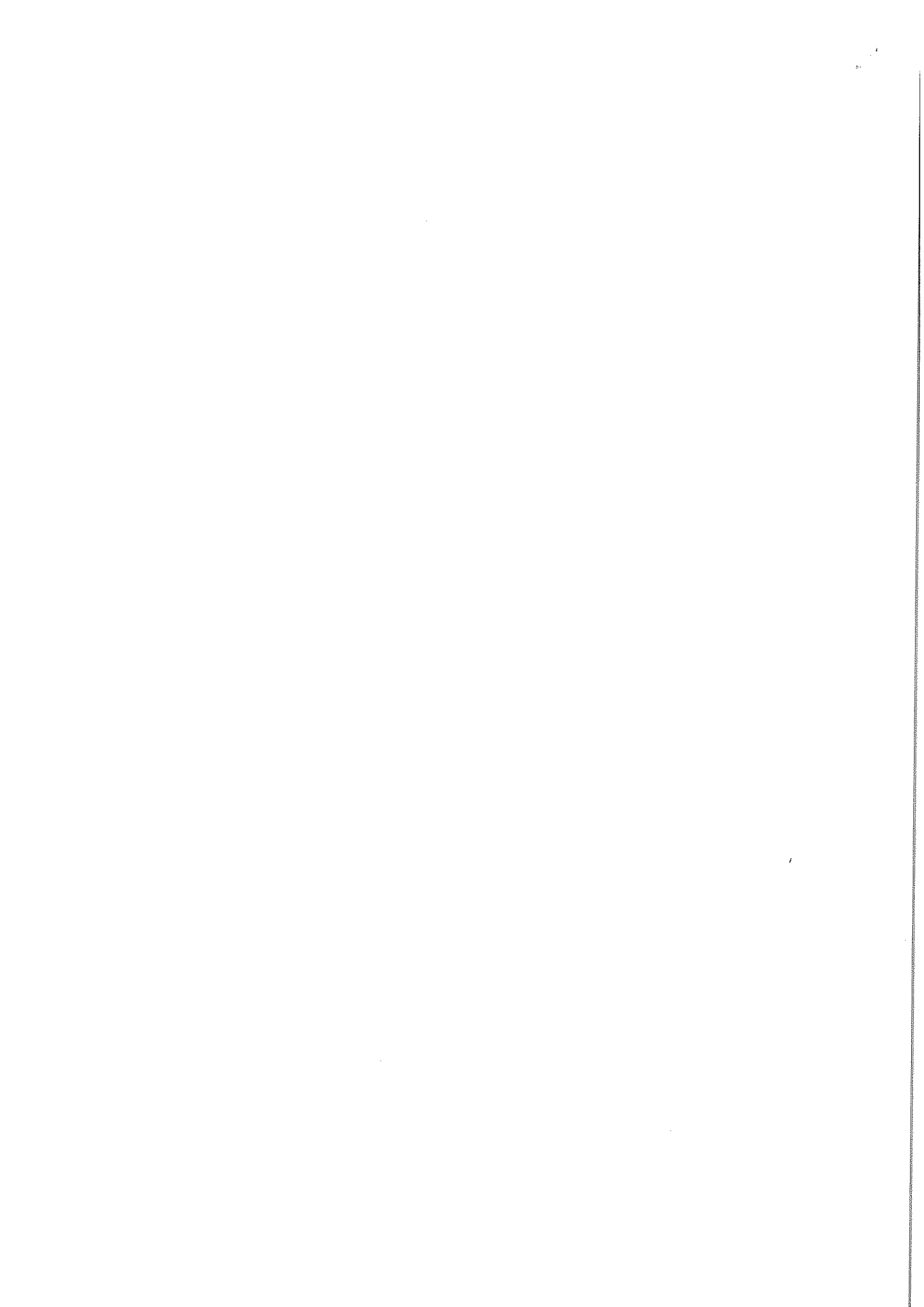
Per l'Unità di Valutazione Multidimensionale:

- All. n. 11: Modello SVAMA;
- All. n. 12: Modello SVAMA semplificata;
- All. n. 13: Scheda di valutazione integrativa.

**Il Responsabile dell'Ufficio di Piano
dell'Ambito Territoriale Sociale di Venafro**

Dott. Antonio Melone





All. n. I

MODELLO PER I PAZIENTI LETTERA "A"

Al Comune di residenza _____

DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA ATTUATIVO FNA 2017

"Servizi ed azioni per persone con disabilità severa e con grave non autosufficienza assistite a domicilio"

Deliberazione di G.R. n. 239 del 24/05/2018

Il /la sottoscritto/a cognome _____ nome _____ nato/a _____
prov. ___ il ___ / ___ / ___ residente a _____ via _____ n. _____
c.f. _____ tel. _____ cell. _____

CHIEDE in qualità di:

Beneficiario diretto

oppure:

(barrare la voce che ricorre)

Familiare (*care giver*)

Tutore

Curatore

Amministratore di sostegno

di _____ nato/a _____ prov. ___ il ___ / ___ / ___
cognome nome
residente a _____ via _____ n. _____
c.f. _____ tel. _____ cell. _____

di essere ammesso al Programma Attuativo FNA 2017 *"Servizi ed azioni per persone con disabilità severa e con grave non autosufficienza assistite a domicilio"*, ai sensi della delibera di G.R. n. 239 del 24/05/2018.

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

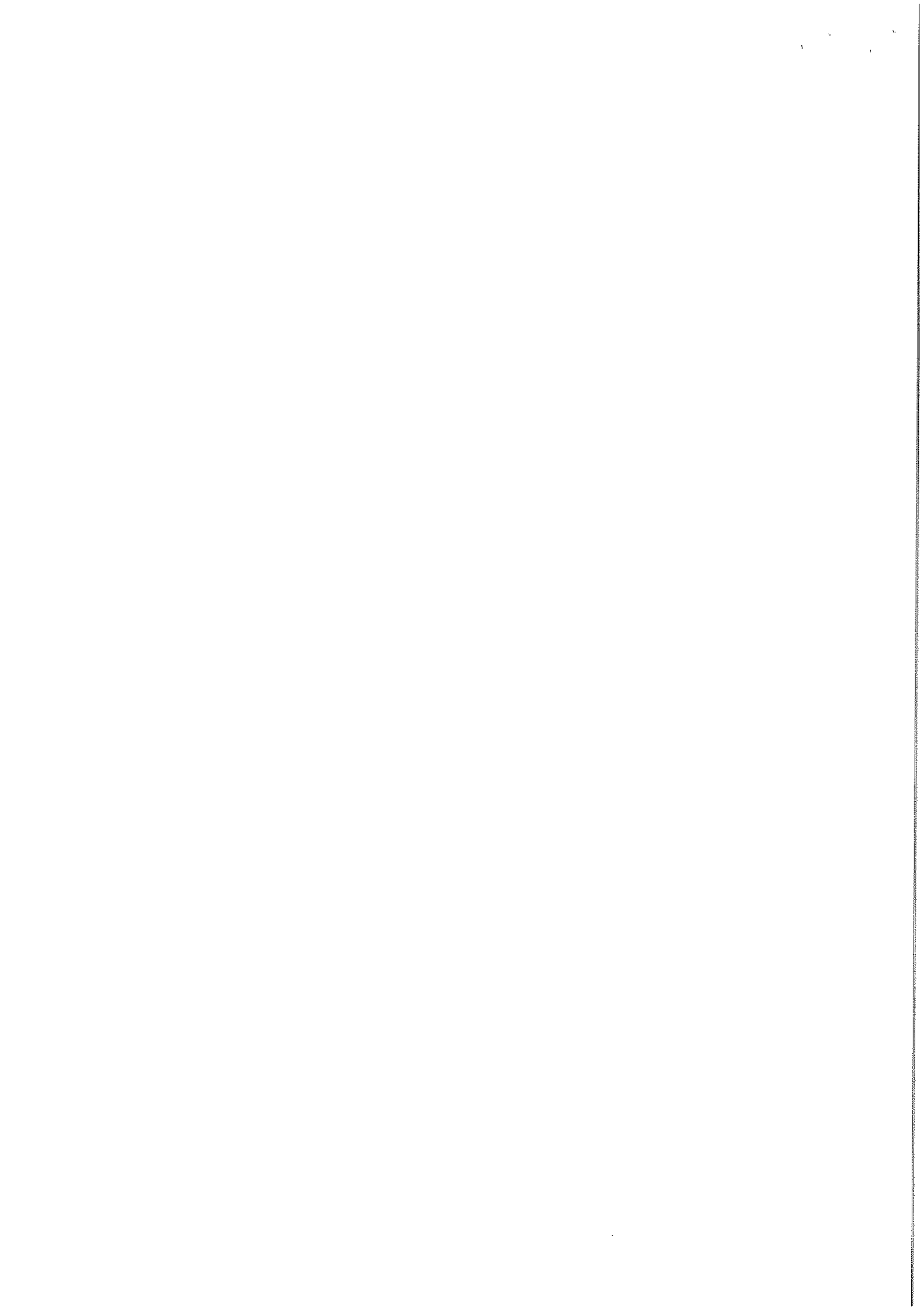
DICHIARA

1) Che il sig./sig.ra _____, titolare di indennità di accompagnamento (Legge n. 18/1980), si trova in condizioni di non autosufficienza o disabilità severa rientrante in una delle seguenti patologie:

(a pena di esclusione: barrare una sola casella)

- a. persona 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. persona dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c. persona con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 ;
- d. persona 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;

COMUNE DI POZZILLI
Protocollo Arrivo N. 6659/2018 del 04-07-2018
Copia Documento



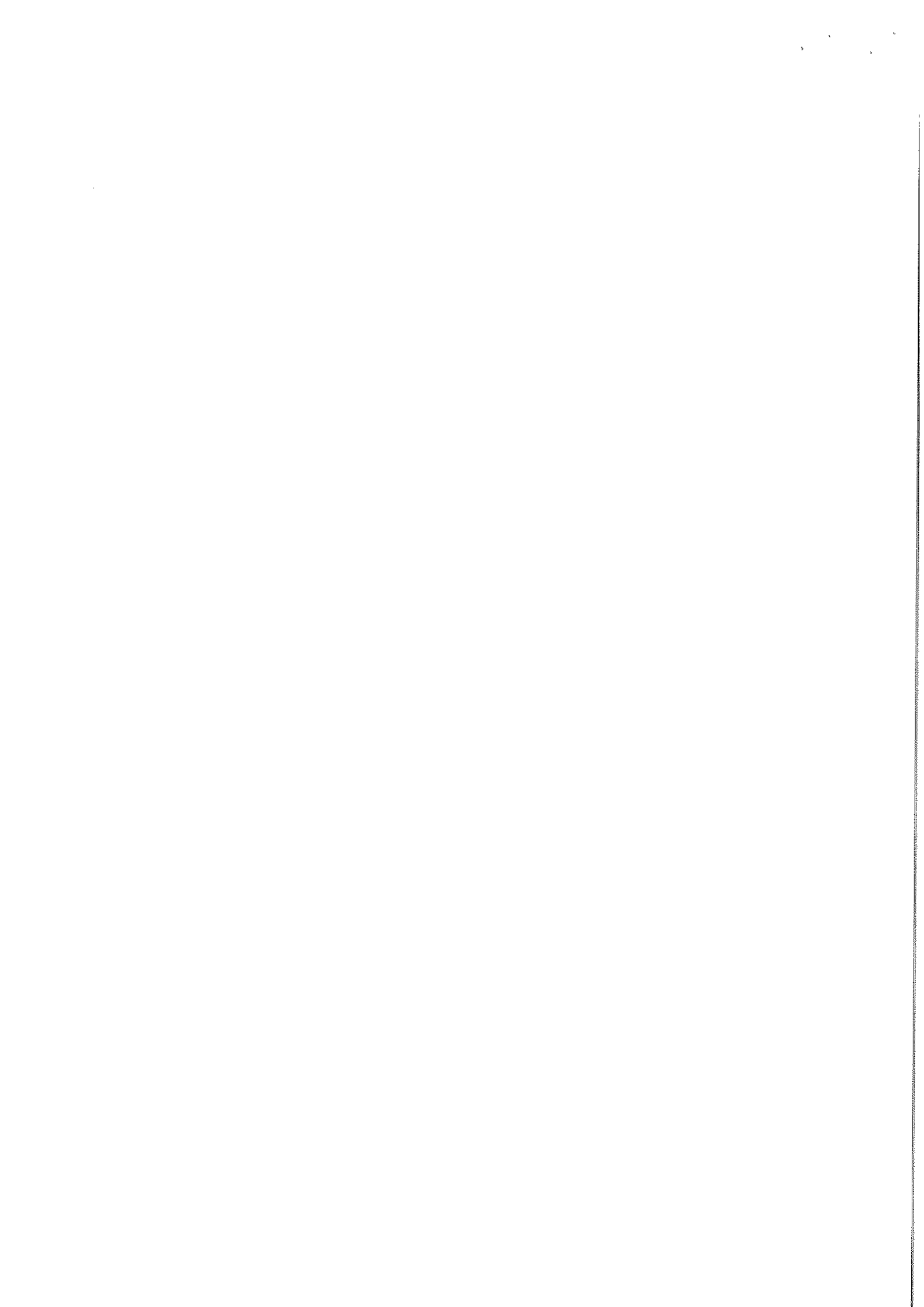
- e. persona con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;
 - f. persona con deprivazione 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. persona con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
 - h. persona 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. persona in condizione di dipendenza vitale che necessita di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche valutate secondo l'all. 2 del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016;
- 2) che il nucleo familiare del beneficiario è così composto:

N.	Cognome e Nome	Data di nascita	Grado di parentela
1			
2			
3			
4			

- 3) di usufruire di altre prestazioni socio-assistenziali e/o sanitarie quali:
- SAD disabili n. ore ___ settimanali
 - SAD anziani n. ore ___ settimanali
 - Assistenza Tutelare di Base n. ore ___ settimanali
 - Assistenza Infermieristica
 - Home Care Premium (N:B: la misura è compatibile con quelle previste dal Programma regionale FNA 2017) n. ore ___ mensili/contributo mensile € _____.

All'uopo richiede
(a pena di esclusione, barrare una sola casella)

- servizio di assistenza domiciliare (SAD) quali Servizi di cura ed assistenza domiciliare garantiti attraverso l'Ambito Territoriale Sociale (per un numero di ore variabili da un minimo di 8 ad un max di 14 settimanali per 52 settimane);
- contributo economico per il *care giver* nell'importo di € 400,00 mensili;
- rimborso quota sociale (€ 38,00 al giorno) per ricovero di sollievo (massimo gg. 15) presso una struttura regionale sociosanitaria o assistenziale, individuata dai familiari;



DICHIARA ALTRESI'

- a) di impegnarsi, a seguito di inserimento nel Programma Attuativo, a dare tempestiva comunicazione all'Ambito Territoriale Sociale di Venafro, di eventuali ricoveri, superiori a gg. 30 consecutivi, in strutture ospedaliere, extra ospedaliere o socio-sanitarie, assistenziali o riabilitative;
- b) di essere a conoscenza che l'ATS di Venafro, per il tramite dell'Ufficio di Piano, ai sensi dell'art. 71 DPR 445/2000, 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 la decadenza dal beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti;
- c) di essere a conoscenza che l'ATS di Venafro, per il tramite dell'Ufficio di Piano e/o dell'assistente sociale che ha in carico il caso, si riserva di chiedere in qualsiasi momento integrazioni alla presente domanda.

Modalità di erogazione del contributo spettanti nel caso di accoglimento della domanda:

accredito in c/c intestato a proprio nome _____

indicare eventuale cointestatario _____

bancario IBAN _____

postale IBAN _____

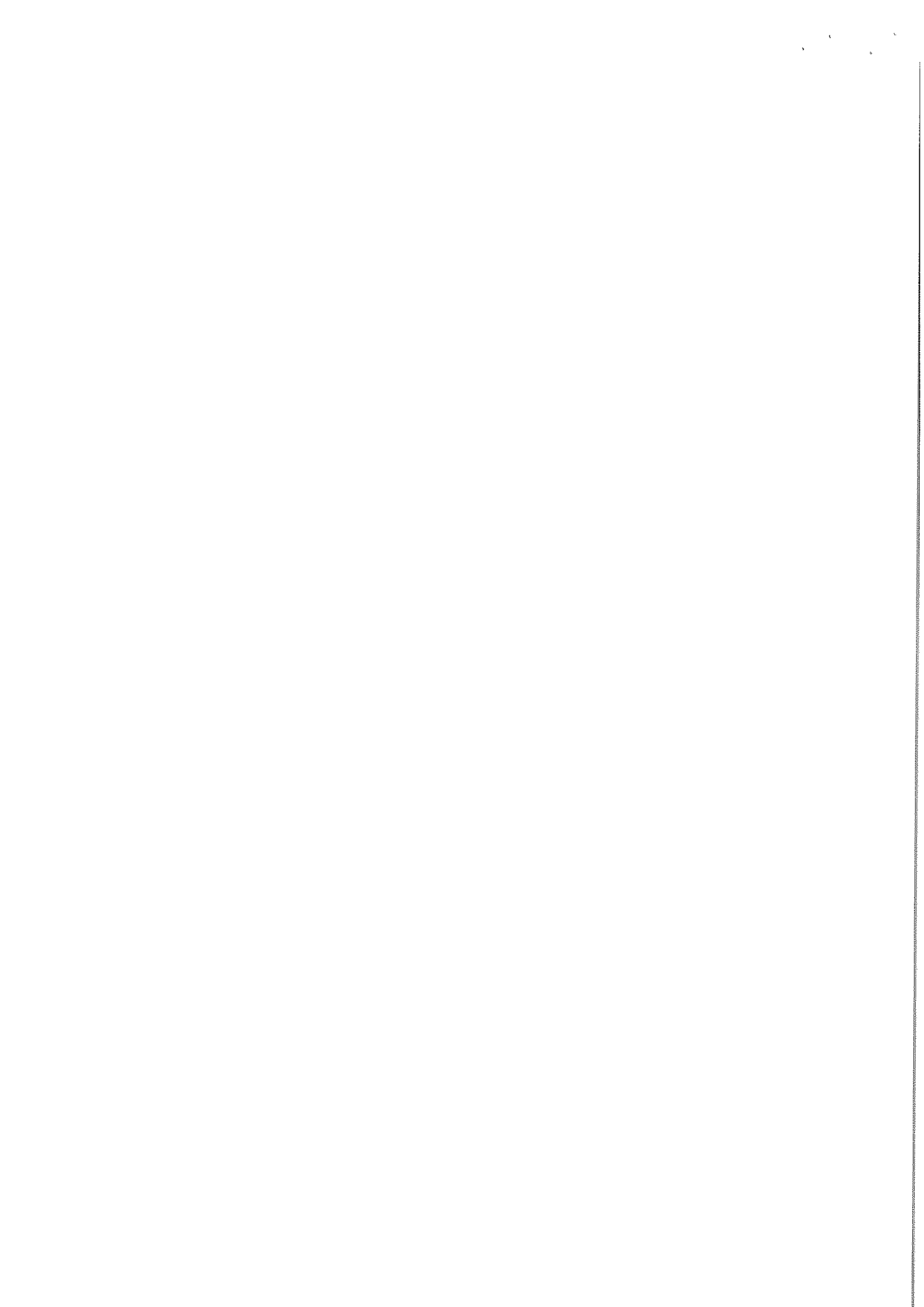
SI ALLEGANO (a pena di esclusione)

- copia documento d'identità in corso di validità del paziente e del suo *care giver*;
- copia del Verbale della Commissione medica di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 18 dell'11/02/1980 e alla legge n. 508/1988;
- Scala di valutazione (per coloro che rientrano in una delle patologie di cui alle lettere: a), c), d), e) e h) debitamente firmata, datata (la cui data non potrà essere antecedente a mesi 6 dalla pubblicazione del presente avviso) e con l'apposizione del timbro del medico certificatore. Dette scale, i cui modelli sono allegati al presente Avviso, dovranno essere compilate dal Medico di Medicina Generale sulla base della documentazione specialistica in possesso del paziente ovvero dal Medico specialista del SSN (operante presso struttura pubblica o accreditata).
- Certificazione (per coloro che rientrano in una delle patologie di cui alle lettere: b), f), g), ed i)) attestante la gravità della patologia di appartenenza, in particolare per la lettera i) la valutazione dovrà essere effettuata sulla base dei Domini indicati nell'allegato 2 al Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016, compilata dal MMG con specificata attestazione di aver preso visione di tutta la documentazione sanitaria specialistica in possesso del paziente.
- Copia dell'attestazione ISEE ordinario in corso di validità;
- oppure*
- Autodichiarazione con la quale si impegna a produrre l'ISEE ordinario, entro e non oltre il ventesimo giorno successivo a quello della scadenza dell'Avviso. *Il mancato deposito dell'ISEE ordinario, nel successivo termine, nonostante la presentazione dell'autodichiarazione, comporterà l'esclusione della domanda.*

Luogo e data _____

Firma del richiedente _____

COMUNE DI POZZILLI
Protocollo Arrivo N. 6659/2018 del 04-07-2018
Copia Documento



INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 E DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui l'ATS è tenuto.

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è il Coordinatore Responsabile dell' ATS Venafro, nella persona del Dott. Antonio Melone domiciliato per la carica in Venafro (IS), presso l'Ufficio di Piano, con sede al Viale San Nicandro n. 15 (Tel. 0865 906801).

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati è il Coordinatore/Responsabile dell'ATS Venafro, Dott. Antonio Melone.

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari per gli adempimenti previsti per legge, inclusa la completa e corretta formazione della verifica dei requisiti di legge per la concessione del beneficio FNA 2017 "Servizi ed azioni per persone con disabilità severa e con grave non autosufficienza assistite a domicilio" ex D.G.R. n. 239 del 24/05/2018.

Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/679.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Ambito di comunicazione e diffusione

Informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad altri enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

Trasferimento dei dati personali

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

Categorie particolari di dati personali

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire all'ATS dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelano "l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona". Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e 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 o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un 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;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'Ufficio di Piano dell'ATS di Venafro, in persona del Coordinatore Responsabile Dott. Antonio Melone, all'indirizzo postale della sede legale del Comune Capofila dell'ATS Venafro - Piazza Cimorelli n. 1, 86079 Venafro (IS) - o all'indirizzo pec udp@pec.ambitoterritorialesocialevenafro.it.

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede.

_____ li _____

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta, (in caso di persona minore di anni 16 aggiungere "in qualità di _____ del minore _____ nato a _____ il _____)

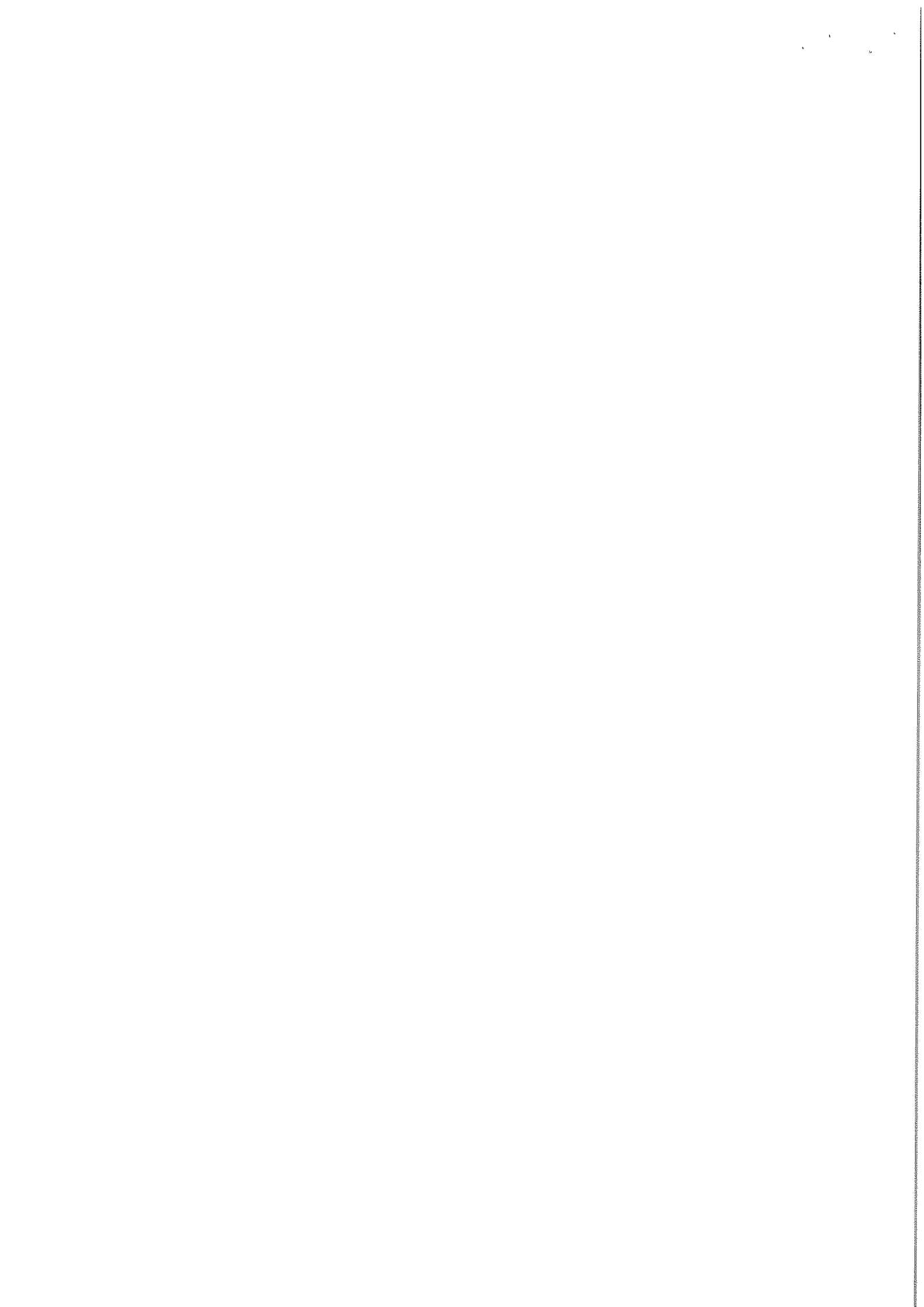
esprimo il consenso NON esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

esprimo il consenso NON esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati personali d enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

esprimo il consenso NON esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede.

FIRMA _____

COMUNE DI POZZILLI
Protocollo Arrivo N. 6659/2018 del 04-07-2018
Copia Documento



Al Comune di residenza

DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA ATTUATIVO FNA 2017

"Servizi ed azioni per persone con disabilità severa e con grave non autosufficienza assistite a domicilio"

Deliberazione di G.R. n. 239 del 24/05/2018

Il /la sottoscritto/a cognome _____ nome _____
nato/a _____ prov. ___ il ___ / ___ / ___ residente a _____
via _____ n. _____ tel. _____ cell. _____
c.f. _____

CHIEDE

Nella qualità di familiare del paziente in condizioni di disabilità,

(Indicare il grado di parentela)

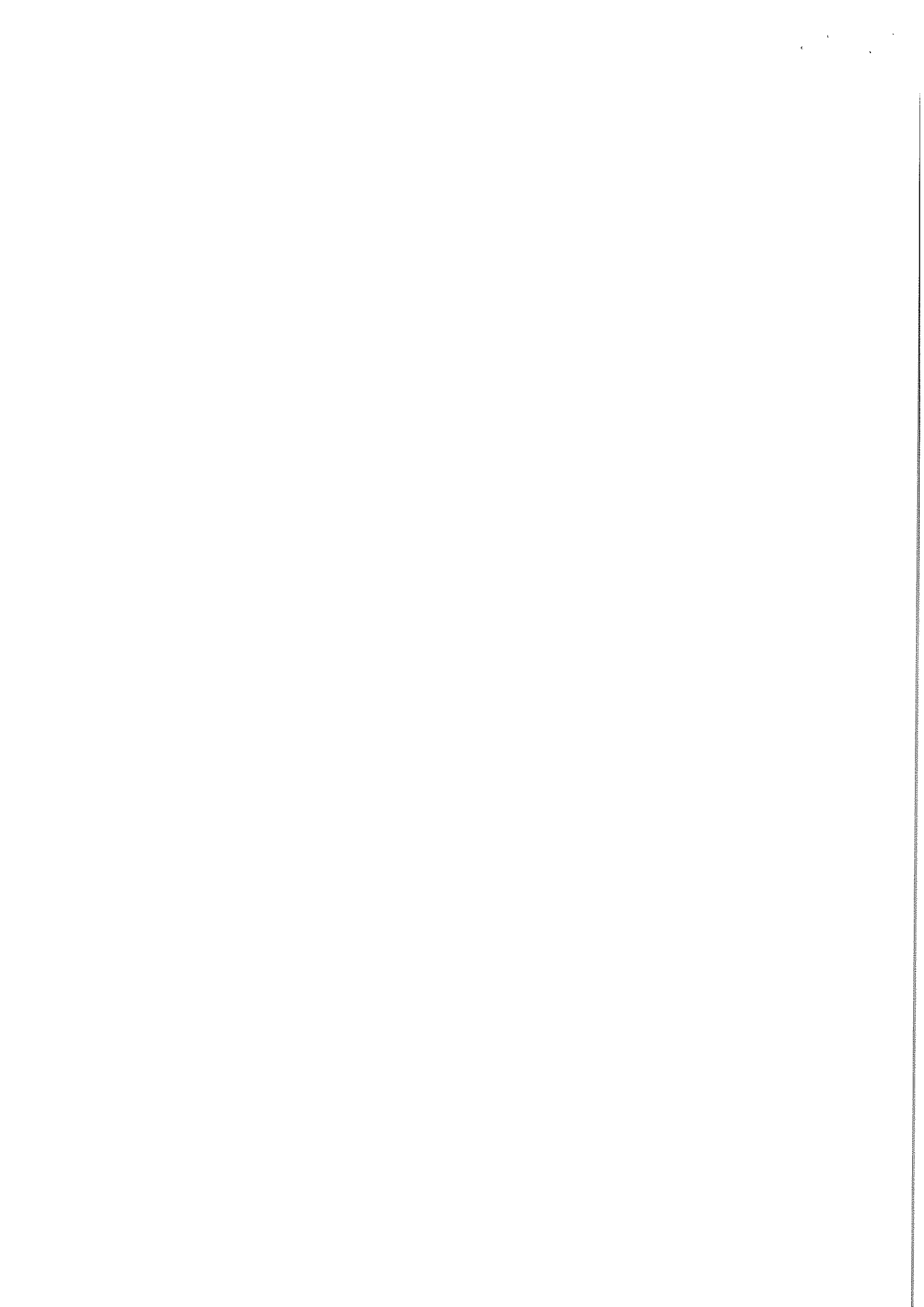
Cognome e Nome	Data di nascita	Codice fiscale

di essere ammesso al Programma Attuativo FNA 2017 *"Servizi ed azioni per persone con disabilità severa e con grave non autosufficienza assistite a domicilio"*, ai sensi della delibera di G.R. n. 239 del 24/05/2018.

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- a) che il minore _____, si trova in condizioni di disabilità grave art. 3 comma 3 della L. 104/92 tale da richiedere azioni di supporto previa redazione di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che contempli aspetti sociali e sanitari;
- b) che il minore è impegnato nel seguente percorso di studi: _____;
- c) che il suo nucleo familiare è così composto:



N.	Cognome e Nome	Data di nascita	Codice Fiscale	Grado di parentela
1				
2				
3				
4				
5				

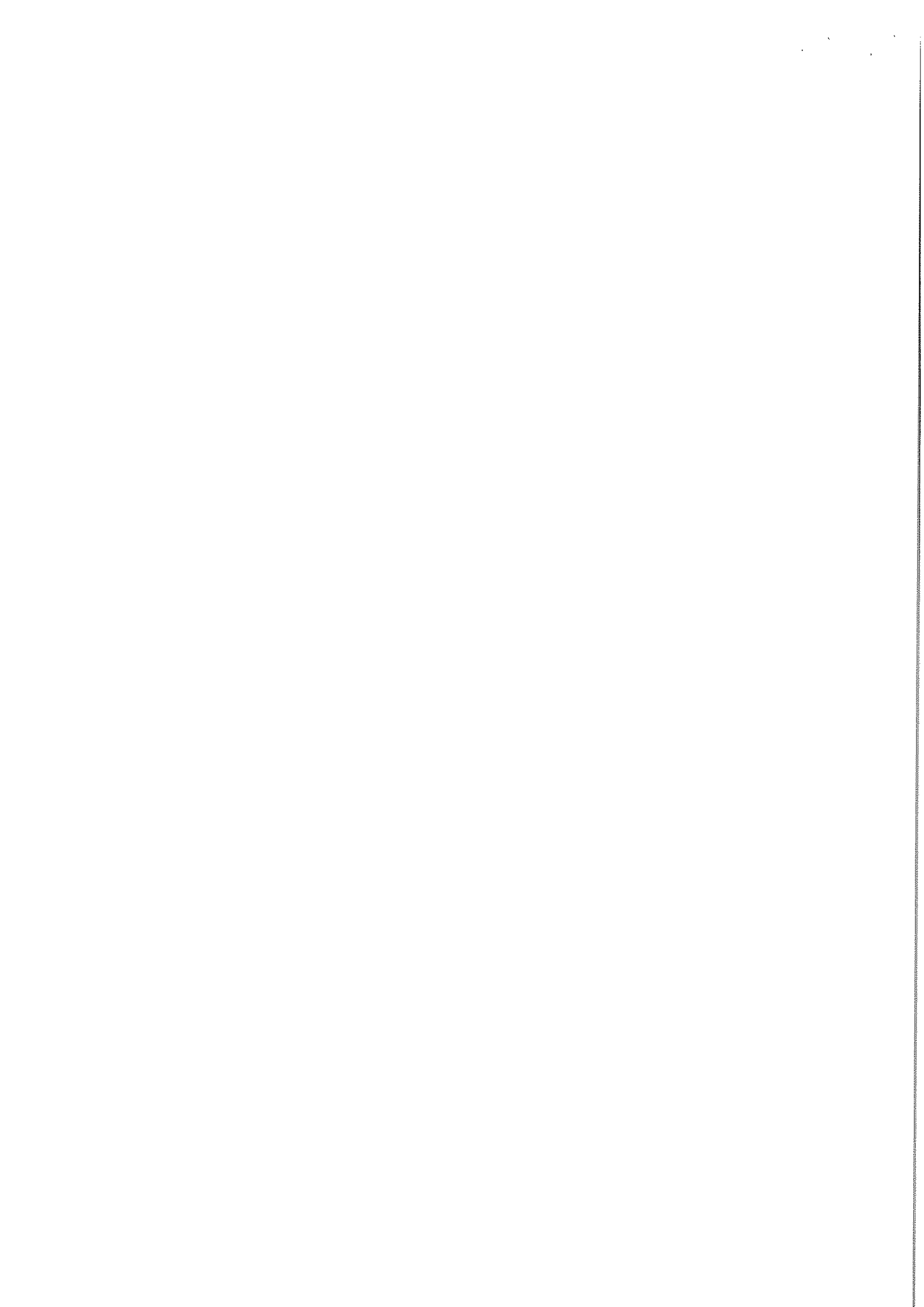
All'uopo richiede:

- Sostegno economico per la realizzazione di interventi funzionali all'acquisizione delle autonomie personali e/o sociali, orientamento e mobilità e di capacità necessarie a favorire l'autonomia comunicativa-relazionale necessarie a favorire l'autonomia comunicativa/relazionale, può essere rimborsato fino all'importo massimo di € 8.000,00 (IVA inclusa).

DICHIARA ALTRESI'

- a) di essere a conoscenza che l'ATS di Venafro, per il tramite dell'Ufficio di Piano, ai sensi dell'art. 71 DPR 445/2000, 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 la decadenza dal beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti;
- b) di essere a conoscenza che l'ATS di Venafro, per il tramite dell'Ufficio di Piano e/o dell'assistente sociale che ha in carico il caso, si riserva di chiedere in qualsiasi momento integrazioni alla presente domanda;
- c) di svolgere l'attività per la quale riceve il contributo entro l'anno di realizzazione del Programma;

Nel caso di accoglimento della domanda il sottoscrittore sceglie la seguente modalità di erogazione delle somme di propria spettanza:



accredito in c/c intestato a proprio nome _____

indicare eventuale cointestatario _____

bancario IBAN _____

postale IBAN _____

SI ALLEGANO
(a pena di esclusione)

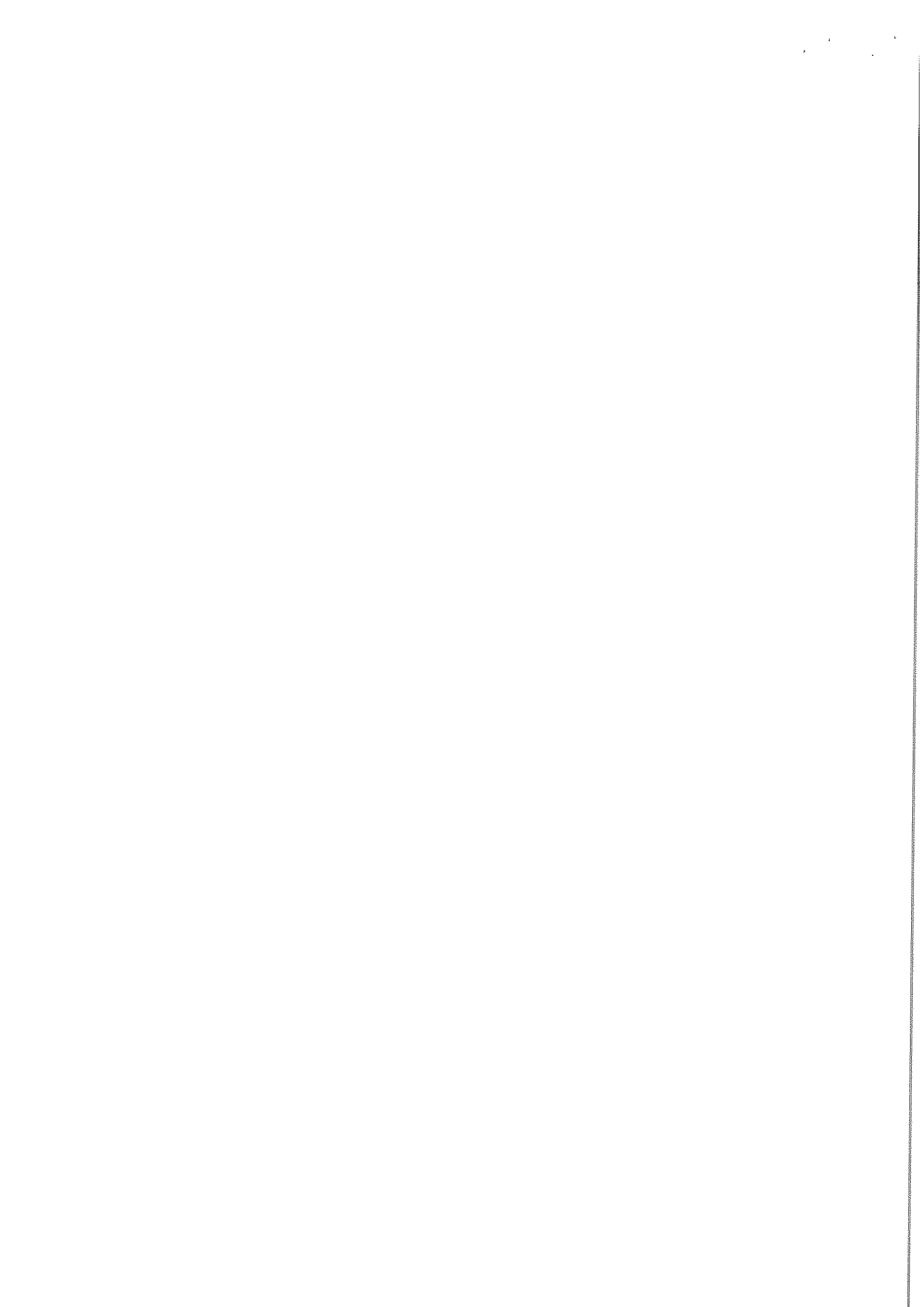
- copia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente;
- copia di Certificazione di disabilità ai sensi della Legge 104/92, art. 3, comma 3;
- Scheda progettuale del corso che si intende intraprendere datata e sottoscritta dal soggetto realizzatore.

(La scheda progettuale dovrà indicare: tipologia di intervento, descrizione attività, finalità, obiettivi, risorse umane, durata, soggetto realizzatore, costo e tutte le altre informazioni necessarie per la valutazione degli stessi)

N.B. La Commissione valuterà i progetti tenendo conto dei seguenti criteri di valutazione: strutturazione del percorso di realizzazione; integrazione con le attività già svolte dal minore; valutazione specialistica del metodo utilizzato nel progetto ed appropriatezza riguardo alle problematiche del minore; coinvolgimento dei genitori, degli insegnanti, dei pediatri e/o medici specialisti; professionalità certificata del formatore nella specifica attività; corrispondenza tra il costo, l'attività prevista ed i professionisti impegnati; continuità con percorsi formativi già frequentati dal minore.

Luogo e data

Firma del richiedente



INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 E DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarla che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui l'ATS è tenuto.

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è il Coordinatore Responsabile dell'ATS Venafro, nella persona del Dott. Antonio Melone domiciliato per la carica in Venafro (IS), presso l'Ufficio di Piano, Viale san Nicandro n. 15, (Tel. 0865 906801).

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati è il Coordinatore/Responsabile dell'ATS Venafro, Dott. Antonio Melone.

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari per gli adempimenti previsti per legge, inclusa la completa e corretta formazione della verifica dei requisiti di legge per la concessione del beneficio FNA 2017 "Servizi ed azioni per persone con disabilità severa e con grave non autosufficienza assistite a domicilio" ex D.G.R. n. 239 del 24/05/2018

Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/679.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Ambito di comunicazione e diffusione

Informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad altri enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

Trasferimento dei dati personali

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

Categorie particolari di dati personali

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire all'ATS dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelano "l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona". Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e 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 o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un 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;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'Ufficio di Piano dell'ATS Venafro, in persona del Coordinatore Responsabile Dott. Antonio Melone, all'indirizzo postale della sede legale del Comune Capofila dell'ATS Venafro- Piazza Cimorelli n. 1, 86079 Venafro (IS) - o all'indirizzo pec: udp@pec.ambitoterritorialesozialevenafro.it.

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede.

_____, li _____

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta, (in caso di persona minore di anni 16 aggiungere "in qualità di _____ del minore _____ nato a _____ il _____")

esprimo il consenso NON esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

esprimo il consenso NON esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati personali d enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

esprimo il consenso NON esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede.

FIRMA _____

Scale per la valutazione della condizione di disabilità gravissima
(Articolo 3, comma 2)

SCALA GLASGOW

GLASGOW Coma Scale (Articolo 3, comma 2, lettera a)

Teasdale G, Jennett B. (1974). "Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale." Lancet 13 (2): 81-4

Utente: Nome _____ Cognome _____

Apertura occhi	Spontanea	4
	Agli stimoli verbali	3
	Solo al dolore	2
	Nessuna risposta	1
Risposta verbale	Orientata appropriata	5
	Confusa	4
	Con parole inappropriate	3
	Con parole incomprensibili	2
	Nessuna risposta	1
Risposta Motoria	Obbedisce al comando	6
	Localizza gli stimoli dolorosi	5
	Si ritrae in risposta al dolore	4
	Flette gli arti superiori in risposta al dolore	3
	Estende gli arti superiori in risposta al dolore	2
	Nessuna risposta	1

Data, _____

Firma e Timbro
(medico certificatore)

SCALA CDR

All. n. 4

Clinical Dementia Rating Scale (CDR) estesa (Articolo 3, comma 2, lettera c)

Hughes, C. P., Berg, L., Danziger, W. L., et al (1982) *A new clinical scale for the staging of dementia.*
British Journal of Psychiatry, 140, 566-572

Utente: Nome _____	Cognome _____
--------------------	---------------

	NORMALE CDR 0	DEMENZA DUBBIA CDR 0.5	DEMENZA LIEVE CDR 1	DEMENZA MODERATA CDR 2	DEMENZA GRAVE CDR 3
Memoria	Memoria adeguata o smemorata occasionale	Lieve smemorata permanente; parziale rievocazione di eventi	Perdita memoria modesta per eventi recenti; interferenza attività quotidiane	Perdita memoria severa: materiale nuovo perso rapidamente	Perdita memoria grave; rimangono alcuni frammenti
Orientamento	Perfettamente orientato		Alcune difficoltà nel tempo; possibile disorientamento topografico	Usualmente disorientamento temporale, spesso spaziale	Orientamento solo personale
Giudizio soluzione problemi	Risolve bene i problemi giornalieri; giudizio adeguato rispetto al passato	Dubbia compromissione nella soluzione di problemi; analogie differenze	Difficoltà moderata; esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale adeguato	Difficoltà severa esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale compromesso	Incapace di dare giudizi o di risolvere problemi
Attività sociali	Attività indipendente e livelli usuali ne lavoro, acquisti, pratiche burocratiche	Solo dubbia compromissione nelle attività descritte	Incapace di compiere indipendentemente le attività, ad esclusione di attività facili	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. In grado di essere portato fuori casa	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. Non in grado di uscire
Casa e hobbies	Vita domestica e interessi intellettuali conservati	Vita domestica e interessi intellettuali lievemente compromessi	Lieve ma sensibile compromissione della vita domestica; abbandono hobbies ed interessi	Interessi ridotti, non sostenuti, vita domestica ridotta a funzioni semplici	Nessuna funzionalità fuori dalla propria camera
Cura personale	Interamente capace di curarsi della propria persona	Richiede facilitazione	Richiede aiuto per vestirsi, igiene, utilizzazione effetti personali	Richiede molta assistenza per cura personale; non incontinenza urinaria	Richiede molta assistenza per cura personale; incontinenza urinaria

CDR 4: DEMENZA MOLTO GRAVE

Il paziente presenta severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da solo, nel controllare la funzione intestinale o vescicale.

CDR 5: DEMENZA TERMINALE

Il paziente richiede assistenza totale perché completamente incapace di comunicare, in stato vegetativo, allettato, incontinente.

Data, _____

Firma e Timbro
(medico certificatore)

Clinical Dementia Rating Scale

Per ottenere il punteggio della CDR è necessario disporre di informazioni raccolte da un familiare o operatore che conosce il soggetto e di una valutazione delle funzioni cognitive del paziente con particolare riferimento ai seguenti aspetti: 1) memoria; 2) orientamento temporale e spaziale; 3) giudizio ed astrazione; 4) attività sociali e lavorative; 5) vita domestica, interessi ed hobby; 6) cura della propria persona. In base al grado di compromissione viene assegnato un punteggio variabile tra 0 - 0.5 - 1 - 2 - e 3; 0= normale; 0.5= dubbia compromissione; 1 compromissione lieve; 2= compromissione moderata; 3= compromissione severa. Ogni aspetto va valutato in modo indipendente rispetto agli altri. La memoria è considerata categoria primaria; le altre sono secondarie. Se almeno tre categorie secondarie ottengono lo stesso punteggio della memoria, allora il CDR è uguale al punteggio ottenuto nella memoria. Se tre o più categorie secondarie ottengono un valore più alto o più basso della memoria, allora il punteggio della CDR corrisponde a quello ottenuto nella maggior parte delle categorie secondarie. Qualora due categorie ottengano un valore superiore e due un valore inferiore rispetto a quello ottenuto dalla memoria, il valore della CDR corrisponde a quello della memoria. La scala è stata successivamente estesa per classificare in modo più preciso gli stadi più avanzati della demenza (Hayman et al, 1987). I pazienti possono essere perciò classificati in stadio 4 (demenza molto grave) quando presentano severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da soli, nel controllare la funzione intestinale o vescicale. Sono classificati in stadio 5 (demenza terminale) quando richiedono assistenza totale perché completamente incapaci di comunicare, in stato vegetativo, allettati, incontinenti.

SCALA ASIAASIA Impairment Scale (AIS) (*Articolo 3, comma2, lettera d*)www.asia-spinalinjury.org/clearning/ASIA_ISCOS_high.pdf

Utente: Nome _____ Cognome _____

A=completa	Deficit sensitivo e motorio completo a livello S4-S5
B=incompleta	Deficit motorio completo con conservazione della sensibilità al di sotto del livello neurologico che include S4-S5
C=incompleta	La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e più della metà dei muscoli chiave ha una validità inferiore a 3
D=incompleta	La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e almeno la metà dei muscoli chiave ha una validità uguale o superiore a 3
E=normale	Nessun deficit neurologico (non ipovalidità muscolare, sensibilità integra, non disturbi sfinterici ma possibili alterazioni dei riflessi)

Data, _____

 Firma e Timbro
 (medico certificatore)

SCALA MRC

Bilancio muscolare complessivo alla scala *Medical Research Council* (MRC)
(Articolo 3, comma 2, lettera e)

Utente: Nome _____ Cognome _____

Forza muscolare

La forza muscolare nei vari distretti muscolari viene valutata con la scala MRC (valori da 5 a 0).

- 5/5 alla scala MRC: movimento possibile contro resistenza massima;
- 4/5 alla scala MRC: movimento possibile solo contro resistenza minima;
- 3/5 alla scala MRC: movimento possibile solo contro gravità;
- 2/5 alla scala MRC: movimento possibile solo in assenza di gravità;
- 1/5 alla scala MRC: accenno al movimento;
- 0/5 alla scala MRC: assenza di movimento;

Data, _____

Firma e Timbro
(medico certificatore)

SCALA EDSSExpanded Disability Status Scale (EDSS) (*Articolo 3, comma 2, lettera e*)

Utente: Nome _____ Cognome _____

Punteggio EDSS	Caratteristiche cliniche
1-3,5	Paziente deambulante, ma sono presenti deficit neurologici evidenti in diversi sistemi funzionali (motorio, sensitivo, cerebellare, visivo, sfinterico) di grado lieve-moderato, con un impatto parziale sull'autonomia.
4	Paziente autonomo, deambulante senza aiuto e senza riposo, per circa 500 metri.
4,5	Paziente autonomo, con minime limitazioni dell'attività quotidiana. Deambulazione possibile, senza soste e senza riposo, per circa 300 metri.
5	Paziente non del tutto autonomo, con modeste limitazioni dell'attività completa quotidiana. Deambulazione possibile, senza soste e senza riposo, per circa 200 metri.
5,5	Paziente non del tutto autonomo, con evidenti limitazioni dell'attività quotidiana. Deambulazione possibile, senza soste e senza riposo, per circa 100 metri.
6	Paziente che necessita di assistenza saltuaria o costante da un lato per percorrere 100 metri senza fermarsi.
6,5	Paziente che necessita di assistenza bilaterale costante, per camminare 20 metri senza fermarsi.
7	Paziente non in grado di camminare per più di 5 metri, anche con aiuto, e necessita di sedia a rotelle, riuscendo però a spostarsi dalla sedia da solo.
7,5	Paziente che può muovere solo qualche passo. È obbligato all'uso della carrozzella, e può aver bisogno di aiuto per trasferirsi dalla sedia.
8	Paziente che è obbligato a letto non per tutta la giornata o sulla carrozzella. In genere, usa bene una o entrambe le braccia.
8,5	Paziente essenzialmente obbligato a letto. Mantiene alcune funzioni di autoassistenza, con l'uso abbastanza buono di una o entrambe le braccia.
9	Paziente obbligato a letto e dipendente. Può solo comunicare e viene alimentato.
9,5	Paziente obbligato a letto, totalmente dipendente.
10	Morte dovuta alla malattia.

Data, _____

 Firma e Timbro
 (medico certificatore)

SCALA HOEHN E YAHR

Scala di Hoehn e Yahr (*Articolo 3, comma2, lettera e*)

Utente: Nome _____ Cognome _____

La scala di Hoehn e Yahr è utile per definire lo stadio clinico del paziente affetto da morbo di Parkinson:

Stadio 1: Malattia unilaterale.

Stadio 2: Malattia bilaterale senza coinvolgimento dell'equilibrio.

Stadio 3: Malattia da lieve a moderata, qualche instabilità posturale indipendente.

Stadio 4: Malattia conclamata, ancora in grado di deambulare autonomamente.

Stadio 5: Paziente costretto a letto o in sedia a rotelle.

Data, _____

Firma e Timbro
(medico certificatore)

SCALA LAPMER

LAPMER-Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (*Articolo 3, comma2, lettera b*) *Versione originale italiana: Tesio L. Journal of Applied Measurement 2002;3,1: 50-84*

Utente: Nome _____ Cognome _____

ITEMS	Livelli	Punteggio
Alimentazione	Viene alimentato, cibo di consistenza modificata	0
	Viene alimentato, cibo di consistenza ordinaria	1
	Porta il cibo alla bocca (con o senza supervisione o assistenza)	2
Controllo sfinterico	Non riesce a segnalare necessità di evacuazione né eventuali perdite (vescicali o intestinali)	0
	Riesce a segnalare necessità di evacuazione o eventuali perdite (vescicali o intestinali)	1
Comunicazione	Riesce a segnalare alcuni bisogni, attraverso un comportamento aspecifico o stereotipato	0
	Riesce a segnalare alcuni bisogni identificabili da comportamenti specifici	1
	Comunica bisogni verbalmente	2
Manipolazione	Manipolazione assente, oppure reazione di afferramento	0
	Afferramento palmare spontaneo	1
	Utilizza la pinza pollice-indice	2
Vestizione	Vestizione Passiva	0
	Si sforza di dare una qualche collaborazione	1
Locomozione	Stazionario anche su sedia o carrozzina	0
	SI trasferisce nell'ambiente	1
Orientamento	Non ha orientamento spaziale	0
	Si orienta in ambienti familiari	1
	SI orienta al di fuori del suo ambiente familiare (casa, reparto assistenziale)	2
Prassie	Nessuna prassia, oppure movimenti afinalistici e stereotipati	0
	Realizza prodotti plastici o grafici (incastra, connette, plasma e colora) oppure pilota una carrozzina manualmente	1
	Disegna o pilota una carrozzina elettrica	2

Data, _____

Firma e Timbro
(medico certificatore)

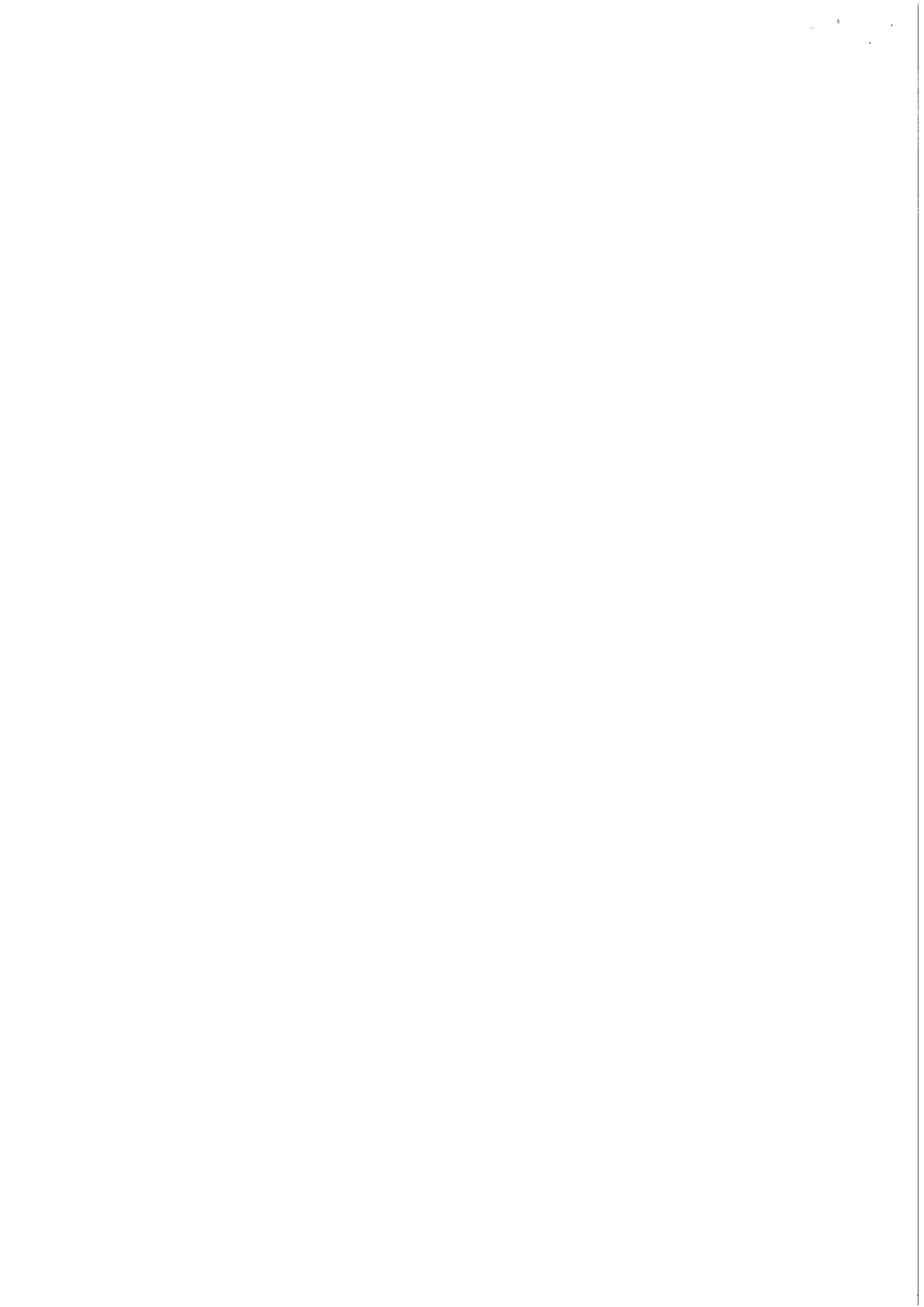
**Criteria di valutazione per le patologie di cui al punto i) della lett. A)
(Altre persone in condizione di dipendenza vitale)**

Utente: Nome _____ Cognome _____

1. Le persone con disabilità gravissima, in condizioni di dipendenza vitale, oltre a quelle identificate dall'articolo 3, comma 2, lettere a)-h), sono individuate mediante la valutazione del livello di compromissione della funzionalità, indipendentemente dal tipo di patologia e/o menomazione, attraverso la rilevazione dei seguenti domini:
motricità;
 - a) stato di coscienza;
 - b) respirazione;
 - c) nutrizione.
2. Le compromissioni rilevate ai fini della identificazione delle persone in condizione di dipendenza vitale sono le seguenti:
 - a) motricità:
dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana (ADL): l'attività è svolta completamente da un'altra persona
 - b) stato di coscienza:
compromissione severa: raramente/mai prende decisioni
persona non cosciente
 - c) respirazione
necessità di aspirazione quotidiana
presenza di tracheostomia
 - d) nutrizione
necessità di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi
combinata orale e enterale/parenterale
solo tramite sondino naso-gastrico (SNG)
solo tramite gastrostomia (es.PEG)
solo parenterale (attraverso catetere venoso centrale CVC)
3. Si intendono in condizioni di dipendenza vitale le persone che hanno compromissioni di cui al comma 3 del presente Allegato in almeno uno dei domini di cui alla lettere a) e b) del comma 1 ed in almeno uno dei domini di cui alle lettere c) e d) del medesimo comma 1.

Data, _____

Firma e Timbro
(medico certificatore)



S.Va.M.A.
VALUTAZIONE SANITARIA

NOME: _____	DATA DI NASCITA: _ _ _ _ _ _ _ _
SEDE DI VALUTAZIONE: _____	DATA: _ _ _ _ _ _ _ _

CENNI ANAMNESTICI - PROBLEMI CRONICI IN ATTO:

TRATTAMENTI IN ATTO:

ASSISTENZA INFERMIERISTICA		
	No	Si
Diabete insulinodipendente	0	5
Scompenso cardiaco in classe 3-4 NYHA con necessità di monitoraggio frequente del bilancio idrico (≥75 mg. Furosemide pro die), alimentare e parametri vitali (polso, pressione, frequenza cardiaca)	0	10
Cirrosi scompensata e altre forme di ascite con necessità come sopra elencate	0	10
Tracheostomia	0	5
Ossigenoterapia continuativa a lungo termine (>3 h al dì)	0	5
Sondino naso-gastrico, gastrostomia (PEG)	0	10
Catetere venoso centrale o nutrizione parenterale totale o terapia infusionale quotidiana	0	10
Catetere vescicale	0	5
Ano artificiale e/o ureterostomia	0	5
Nefrostomia o terapia peridurale a lungo termine o terapia antalgica con oppioidi o con elastomero che richiede adeguamento della posologia	0	10
Ulcere distrofiche agli arti e/o altre lesione della cute chirurgiche, traumatiche, oncologiche	0	5
TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA	VIP	

SENSORIO E COMUNICAZIONE

LINGUAGGIO (COMPRESIONE)

0 = normale	2 = comprensione non valutabile
1 = comprende solo frasi semplici	3 = non comprende

LINGUAGGIO (PRODUZIONE)

0 = parla normalmente	2 = si comprendono solo parole isolate
1 = linguaggio menomato, ma esprime comunque il suo pensiero	3 = non si esprime

UDITO (eventualmente con protesi)

0 = normale	2 = grave deficit non correggibile
1 = deficit, ma udito adeguato alle necessità personali	3 = sordità completa

VISTA (eventualmente con occhiali)

0 = normale	2 = grave deficit non correggibile
1 = deficit, ma vista adeguata alle necessità personali	3 = cecità e bisogno di assistenza

CODIFICA PATOLOGIE - estratto ICPC

**INDICARE LE PATOLOGIE PRINCIPALI CHE CONCORRONO
A DETERMINARE LA SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA**
(da utilizzare a cura del medico curante oppure in sede di UOD)

MALATTIE GENERALI

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A07 Coma | <input type="checkbox"/> A86 Effetti tossici da altre sostanze |
| <input type="checkbox"/> A00 Sindrome ipocinetica | <input type="checkbox"/> A87 Complicanza chirurgia / trattamento medico |
| <input type="checkbox"/> A79 Carcinomatosi (sede primitiva sconosciuta) | <input type="checkbox"/> A89 Conseguenze applicazione protesi |
| <input type="checkbox"/> A80 Incidente / lesione traumatica NSA | <input type="checkbox"/> A90 Anomalie multiple congenite |
| <input type="checkbox"/> A81 Politraumatismo / lesioni interne | <input type="checkbox"/> A97 Assenza di malattia |
| <input type="checkbox"/> A82 Effetti tardivi di un trauma | <input type="checkbox"/> A99 Altre malattie generali / non spec |
| <input type="checkbox"/> A84 Avvelenamento da sostanza medicinale | |

SANGUE / LINFATICI / MILZA

- | | |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> B71 Linfadenite cronica / non specifica | <input type="checkbox"/> B80 Anemia da carenza di ferro |
| <input type="checkbox"/> B72 Morbo di Hodgkin | <input type="checkbox"/> B81 Anemia perniciosa / da carenza folati |
| <input type="checkbox"/> B73 Leucemia | <input type="checkbox"/> B83 Porpora / difetti coagulazione / piastrine |
| <input type="checkbox"/> B74 Altre neoplasie maligne | <input type="checkbox"/> B87 Splenomegalia |
| <input type="checkbox"/> B75 Neoplasie benigne / non spec | <input type="checkbox"/> B90 Infezione da HIV (AIDS / ARC) |
| <input type="checkbox"/> B78 Anemie emolitiche ereditarie | <input type="checkbox"/> B99 Altra malattia sangue / linfatici / milza |
| <input type="checkbox"/> B79 Altre anomalie congenite | |

SISTEMA DIGERENTE

- | | |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> D17 Incontinenza intestinale | <input type="checkbox"/> D87 Disturbi funzione gastrica |
| <input type="checkbox"/> D70 Diarrea infettiva / dissenteria | <input type="checkbox"/> D88 Appendicite |
| <input type="checkbox"/> D72 Epatite virale | <input type="checkbox"/> D89 Ernia inguinale |
| <input type="checkbox"/> D74 Neoplasie maligne stomaco | <input type="checkbox"/> D90 Ernia diaframmatica / dello hiatus |
| <input type="checkbox"/> D75 Neoplasie maligne colon / retto | <input type="checkbox"/> D91 Altre ernie addominali |
| <input type="checkbox"/> D76 Neoplasie maligne pancreas | <input type="checkbox"/> D92 Malattia diverticolare |
| <input type="checkbox"/> D77 Altre neoplasie maligne / non spec | <input type="checkbox"/> D93 Sindrome del colon irritabile |
| <input type="checkbox"/> D81 Anomalie congenite | <input type="checkbox"/> D94 Enterite cronica / colite ulcerosa |
| <input type="checkbox"/> D82 Malattie di denti / gengive | <input type="checkbox"/> D95 Ragade anale / ascesso perianale |
| <input type="checkbox"/> D83 Malattie di bocca / lingua / labbra | <input type="checkbox"/> D96 Epatomegalia |
| <input type="checkbox"/> D84 Malattie dell'esofago | <input type="checkbox"/> D97 Cirrosi / altre malattie epatiche |
| <input type="checkbox"/> D85 Ulcera duodenale | <input type="checkbox"/> D98 Colecistite / colelitiasi |
| <input type="checkbox"/> D86 Altre ulcere peptiche | <input type="checkbox"/> D99 Altre malattie sistema digerente |

OCCHIO

- | | |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> F74 Neoplasie occhio / annessi | <input type="checkbox"/> F91 Errori di rifrazione |
| <input type="checkbox"/> F81 Altre anomalie oculari congenite | <input type="checkbox"/> F92 Cataratta |
| <input type="checkbox"/> F82 Distacco di retina | <input type="checkbox"/> F93 Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> F83 Retinopatia | <input type="checkbox"/> F94 Tutti i gradi / tipi di cecità |
| <input type="checkbox"/> F84 Degenerazione della macula | <input type="checkbox"/> F99 Altre malattie oculari |
| <input type="checkbox"/> F85 Ulcera corneale (incl. erpetica) | |

ORECCHIO

- | | |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> H03 Tintinnio / ronzio / tinnito | <input type="checkbox"/> H77 Perforazione membrana del timpano |
| <input type="checkbox"/> H74 Otite cronica, altre infezioni orecchio | <input type="checkbox"/> H82 Sindrome vertiginosa |
| <input type="checkbox"/> H75 Neoplasie dell'orecchio | <input type="checkbox"/> H83 Otosclerosi |

- H84 Presbiacusia
- H86 Tutti i gradi di sordità NSA

- H99 Altre malattie orecchio / mastoide

SISTEMA CARDIOCIRCOLATORIO

- K71 Febbre reumatica / cardiopatia
- K73 Anomalie congenite cuore / sistema circolatorio
- K74 Angina pectoris
- K75 Infarto miocardico acuto
- K76 Altre cardiopatie ischemiche / croniche
- K77 Insufficienza cardiaca
- K78 Fibrillazione atriale / flutter
- K79 Tachicardia parossistica
- K80 Battiti ectopici tutti i tipi
- K82 Cuore polmonare cronico
- K83 Malattia valvolare cuore non reumatica NSA
- K84 Altre malattie del cuore

- K86 Ipertensione non complicata
- K87 Ipertensione coinvolgente organi bersaglio
- K88 Ipertensione posturale
- K89 Ischemia cerebrale transitoria
- K90 Colpo / accidente cerebrovascolare
- K91 Aterosclerosi escl cuore / cervello
- K92 Altre ostruzioni arteriose / mal vascolari periferiche
- K93 Embolia polmonare
- K94 Flebite / tromboflebite
- K95 Vene varicose delle gambe (escl S97)
- K99 Altre malattie sistema circolatorio

SISTEMA MUSCOLOSCHIELETRICO

- L70 Infezioni
- L71 Neoplasia
- L72 Frattura radio / ulna
- L73 Frattura tibia / fibula
- L74 Frattura ossa mano / piede
- L75 Frattura femore
- L76 Altra frattura
- L77 Distorsione e stiramento caviglia
- L78 Distorsione e stiramento ginocchi
- L79 Distorsione e stiramento altre articolazioni
- L80 Lussazione
- L81 Altre lesioni traumatiche
- L82 Anomalie congenite

- L83 Sindromi colonna cervicale
- L84 Osteoartrosi colonna
- L85 Deformità acquisite della colonna
- L86 Lesione disc lombare / irradiazione
- L88 Artrite reumatoide / condizioni affini
- L89 Osteoartrosi dell'anca
- L90 Osteoartrosi del ginocchio
- L91 Altre osteoartrosi
- L92 Sindromi della spalla
- L95 Osteoporosi
- L97 Lesione interna cronica del ginocchi
- L98 Deformità acquisite degli arti
- L99 Altre malattie sistema muscoloscheletrico

SISTEMA NERVOSO

- N17 Vertigine / capogiro (escl H82)
- N19 Disturbi del linguaggio
- N70 Poliomielite / altri enterovirus
- N71 Meningite / encefalite
- N72 Tetano
- N73 Altre infezioni sistema nervoso
- N74 Neoplasie maligne
- N75 Neoplasie benigne
- N76 Neoplasie non spec
- N79 Commozione cerebrale
- N81 Altre lesioni traumatiche

- N85 Anomalie congenite
- N86 Sclerosi multipla
- N87 Parkinsonismo
- N88 Epilessia tutti i tipi
- N89 Emicrania
- N90 Cefalea a grappolo
- N91 Paralisi facciale / paralisi di Bell
- N92 Nevralgia del trigemino
- N93 Sindrome del tunnel carpale
- N94 Altra nevrite periferica
- N99 Altre malattie del sistema nervoso

DISTURBI MENTALI / PSICOLOGICI

- P13 Encopresi
- P15 Abuso cronico di alcool
- P17 Abuso di tabacco
- P18 Abuso di medicinali
- P19 Abuso di droghe
- P20 Disturbi di memoria / concentrazione
- P70 Demenza senile / Alzheimer
- P71 Altra psicosi organica
- P72 Schizofrenia tutti i tipi
- P73 Psicosi affettiva

- P74 Disturbo d'ansia / stato ansioso
- P75 Disturbo isterico / ipocondriaco
- P76 Disturbo depressivo
- P77 Tentativo di suicidio
- P78 Neurastenia / surmenage
- P79 Altro disturbo nevrotico
- P80 Disturbo di personalità
- P85 Ritardo mentale
- P98 Altre / non spec psicosi
- P99 Altri disturbi mentali / psicologici

SISTEMA RESPIRATORIO

- R70 Tubercolosi respiratoria (escl A70)
- R80 Influenza(provata)senza polmonite
- R81 Polmonite
- R82 Tutte le pleuriti (escl R70)
- R83 Altre infezioni del sistema respiratorio
- R84 Neoplasie maligne bronchi / polmone

- R85 Altre neoplasie maligne
- R89 Anomalie congenite sistema respiratorio
- R91 Bronchite cronica / bronchiectasie
- R95 Enfisema / BPCO
- R96 Asma
- R99 Altra malattia sistema respiratorio

CUTE E ANNESSI

- S14 Ustioni / scottature
- S18 Lacerazione / taglio
- S19 Altre lesioni traumatiche pelle
- S70 Herpes zoster

- S72 Scabbia ed altre infestazioni da acari
- S73 Pediculosi / altre infestazioni pelle
- S74 Dermatofitosi
- S75 Moniliasi / candidosi (altre)

- | | |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> S76 Altre malattie infettive pelle | <input type="checkbox"/> S89 Esantema da pannolino |
| <input type="checkbox"/> S77 Neoplasie maligne della pelle | <input type="checkbox"/> S91 Psoriasi |
| <input type="checkbox"/> S80 Altre / non spec. neoplasie pelle | <input type="checkbox"/> S92 Disidrosi / mal ghiandole sudoripare |
| <input type="checkbox"/> S84 Impetigine | <input type="checkbox"/> S94 Unghia incarnita / altra malattie unghie |
| <input type="checkbox"/> S85 Cisti pilonidale / fistola | <input type="checkbox"/> S97 Ulcera cronica pelle (incl varicosa) |
| <input type="checkbox"/> S87 Dermatite atopica / eczema | <input type="checkbox"/> S98 Orticaria |
| <input type="checkbox"/> S88 Dermatite da contatto / altro eczema | <input type="checkbox"/> S99 Altre malattie pelle / tessuto sottocutaneo |

SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO E NUTRIZIONE

- | | |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> T06 Anoressia nervosa / bulimia | <input type="checkbox"/> T86 Ipotiroidismo / mixedema |
| <input type="checkbox"/> T08 Calo di peso | <input type="checkbox"/> T87 Ipoglicemia |
| <input type="checkbox"/> T11 Disidratazione | <input type="checkbox"/> T90 Diabete mellito |
| <input type="checkbox"/> T71 Neoplasie maligne della tiroide | <input type="checkbox"/> T91 Carenza vitaminica / altro disturbo nutrizionale |
| <input type="checkbox"/> T73 Altre / non spec neoplasie | <input type="checkbox"/> T92 Gotta |
| <input type="checkbox"/> T82 Obesità (BMI >=30) | <input type="checkbox"/> T93 Disturbi del metabolismo lipidico |
| <input type="checkbox"/> T83 Sovrappeso (BMI <30) | <input type="checkbox"/> T99 Altre malattia endocrino metabolica nutrizionale |
| <input type="checkbox"/> T85 Iperitiroidismo / tireotossicosi | |

SISTEMA URINARIO

- | | |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> U04 Incontinenza urinaria | <input type="checkbox"/> U79 Altre neoplasie non spec tratto urinario |
| <input type="checkbox"/> U70 Pielonefrite / pielite acuta | <input type="checkbox"/> U85 Anomalie congenite tratto urinario |
| <input type="checkbox"/> U71 Cistite / altra infezione urinaria NSA | <input type="checkbox"/> U88 Glomerulonefrite / nefrosi |
| <input type="checkbox"/> U75 Neoplasie maligne del rene | <input type="checkbox"/> U95 Calcolo urinario di ogni tipo / sede |
| <input type="checkbox"/> U76 Neoplasie maligne della vescica | <input type="checkbox"/> U99 Altre malattia sistema urinario |

SISTEMA GENITALE FEMMINILE

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> X75 Neoplasie maligne della cervice | <input type="checkbox"/> X84 Vaginite / vulvite NSA |
| <input type="checkbox"/> X76 Neoplasie maligne della mammella | <input type="checkbox"/> X87 Prolasso uterovaginale |
| <input type="checkbox"/> X77 Altre neoplasie maligne | <input type="checkbox"/> X99 Altre malattie sistema genitale femminile |
| <input type="checkbox"/> X81 Altre / non spec neoplasie genit femminile | |

SISTEMA GENITALE MASCHILE

- | | |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Y74 Orchite / epididimite | <input type="checkbox"/> Y78 Altre neoplasie maligne |
| <input type="checkbox"/> Y77 Neoplasie maligne prostata | <input type="checkbox"/> Y99 Altre malattie genit. Masch. Incl. Mamm. |

COMPILATORE

NOMINATIVO: _____ FIRMA: _____

S.Va.M.A. VALUTAZIONE COGNITIVA E FUNZIONALE

NOME:	DATA DI NASCITA: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
SEDE DI VALUTAZIONE:	DATA: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

SITUAZIONE COGNITIVA

SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE (barrare la casella in caso di errore)	
Che giorno è oggi? (mese, giorno, anno)	1
Che giorno è della settimana?	1
Come si chiama questo posto?	1
Qual è il suo indirizzo?	1
Quanti anni ha?	1
Quando è nato?	1
Chi è il Presidente della Repubblica ? (o il Papa?)	1
Chi era il Presidente precedente? (o il Papa?)	1
Qual è il cognome da ragazza di sua madre?	1
Sottragga da 20 tre e poi ancora fino in fondo	1
TOTALE VALUTAZIONE COGNITIVA	VCOG

Nel caso il test non sia somministrabile per la gravità del deterioramento, assegnare punteggio VCOG=10. Nel caso non sia somministrabile per altre motivazioni, indicarle di seguito, ed attribuire un punteggio esclusivamente su base clinica, eventualmente previa consulenza specialistica:

VCOG1

--

Nel caso i problemi prevalenti siano quelli comportamentali (ad esempio: pericolo di fuga, aggressività fisica verso gli altri), specificare se è necessario adottare provvedimenti particolari per assicurare un'assistenza adeguata:

Nel caso si tratti di soggetti psicogeriatrici, specificare se è necessario adottare provvedimenti particolari per assicurare un'assistenza adeguata:

SITUAZIONE FUNZIONALE

INDICE DI BARTHEL - Attività di Base (barrare per ogni area un unico punteggio)

ALIMENTAZIONE	
Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare i cibi e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro, ecc.	0
Indipendente nell'alimentarsi con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, ecc.. Non è necessaria la presenza di un'altra persona.	2
Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare latte, zucchero o altro nella tazza, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata o altro.	5
Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaino, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto.	8
Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere alimentato (imboccato, SNG, PEG, ecc).	10
BAGNO/DOCCIA (lavarsi)	
Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatrice completa. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato.	0
Necessita di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.).	1
Necessita di aiuto per il trasferimento nella doccia/bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi.	2
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	4
Totale dipendenza nel lavarsi.	5
IGIENE PERSONALE	
Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere in grado di truccarsi, se abituata a farlo, ma non è necessario che sia in grado di acconciarsi i capelli.	0
In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni.	1
Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene personale.	2
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	4
Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti.	5
ABBIGLIAMENTO	
Capace di indossare, togliere e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto od una protesi.	0
Necessita solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe.	2
Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento.	5
Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti.	8
Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora.	10
CONTINENZA INTESTINALE	
Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma se neces.	0
Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma; occasionali perdite.	2
Capace di assumere una posizione appropriata, ma non di eseguire manovre facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza, e ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come pannoloni, ecc.	5
Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie.	8
Incontinente.	10
CONTINENZA URINARIA	
Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con i dispositivi esterni o interni.	0
Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita o necessita di minimo aiuto per l'uso dei dispositivi esterni o interni.	2
In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario aiuto parziale nell'uso dei dispositivi.	5
Incontinente ma in grado di cooperare all'applicazione di un dispositivo esterno o interno.	8
Incontinente o catetere a dimora (sottolio. la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi interni o esterni .	10

USO DEL GABINETTO		
Capace di trasferirsi sul e dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario, può usare la comoda o la padella, o il pappagallo, ma deve essere in grado di svuotarli e pulirli.		0
Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla.		2
Necessita di aiuto per svestirsi/vestirsi, per i trasferimenti e per lavare le mani.		5
Necessita di aiuto per tutti gli aspetti.		8
Completamente dipendente.		10
TOTALE VALUTAZIONE FUNZIONALE (Attività di Base)	VADL	

MOBILITÀ-INDICE DI BARTHEL		
TRASFERIMENTO LETTO – SEDIA o CARROZZINA (compilare anche in caso di paziente totalmente allettato)		
E' indipendente durante tutte le fasi. Capace di avvicinarsi al letto in carrozzina con sicurezza, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina e ritrasferirsi con sicurezza.		0
Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza.		3
Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.		7
Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i movimenti del trasferimento.		12
Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferire l'anziano con o senza un sollevatore meccanico.		15
DEAMBULAZIONE (funzionalmente valida)	USO DELLA CARROZZINA (utilizzare questa scala solo se il paziente ha punteggio di 15 nella scala "deambulazione" ed è stato addestrato all'uso della carrozzina)	
In grado di usare stampelle, bastoni, walker e deambulare per 50 m. senza aiuto o supervisione. Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano.		0
Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia < 50 m. Necessita di supervisione per maggior fiducia o sicurezza in situazioni pericolose.		3
Necessita di assistenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per la loro manipolazione.		7
	Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.) L'autonomia deve essere > 50 m.	10
	Capace di spostarsi autonomamente, per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette.	11
Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione.	Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc.	12
	Capace di spostarsi per brevi tratti su superfici piane, ma è necessaria assistenza per tutte le altre manovre.	14
Non in grado di deambulare autonomamente.	Dipendente negli spostamenti con la carrozzina.	15
SCALE		
In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza, senza aiuto o supervisione. In grado di usare corrimano, bastone o stampelle se necessario, ed è in grado di portarli con sé durante la salita o discesa.		0
In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione, per sicurezza (es. a causa di rigidità mattutina, dispnea, ecc.)		2
Capace di salire/scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione ed assistenza.		5
Necessita di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili).		8
Incapace di salire e scendere le scale.		10
TOTALE VALUTAZIONE MOBILITÀ	VMOB	

PREVENZIONE – TRATTAMENTO DECUBITI

VPIA

Rischio non elevato di lesioni da decubito

0

Rischio elevato (*Exton Smith ≤ 10) o arrossamento o abrasione superficiale (gradi I-II)

10

*Indice di Exton Smith per la valutazione del rischio di decubiti:

CONDIZIONI GENERALI:

Buone (4) Discrete (3) Scadenti (2) Pessime (1)

STATO MENTALE:

Lucido (4) Confuso (3) Apatico (2) Stuporoso (1)

ATTIVITA':

Normale (4) Cammina con aiuto (3) Costretto in sedia (2) Costretto a letto (1)

MOBILITA':

Normale (4) Leggermente limitata (3) Molto limitata (2) Immobile (1)

INCONTINENZA:

No (4) Occasionale (3) Urinaria abituale (2) Incontinenza doppia (1)

TOTALE (il rischio è elevato se l'indice è ≤ 10):

Presenza di 1 piaga (con interessamento del tessuto sottocutaneo - gradi III - IV)

15

Presenza di 2 o più piaghe (almeno 2 con interessamento del sottocutaneo gradi III-IV)

25

NOTE:

COMPILATORE

NOMINATIVO: _____

FIRMA: _____

PARENTI TENUTI AGLI ALIMENTI (nelle ultime righe indicare cumulativamente i parenti esistenti ma non significativi per il progetto assistenziale)
 (ART.433 C.C.: coniuge, figli e discendenti prossimi, genitori e ascendenti prossimi, generi e nuore, suoceri, fratelli e sorelle)

Cognome e nome	parentela ¹	età	professione	indirizzo e telefono	lontananza ²	intensità attuale ³	si occupa di ⁴			intensità attivazione ⁵	si occuperà di ⁴			
							ADL	IADL	super-visione		ADL	IADL	super-visione	
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														

ALTRE PERSONE ATTIVE (compreso personale privato)

1														
2														
3														

ASSISTENZA PUBBLICA ATTIVA (segnare i servizi attivi)

	servizio residenziale (quale?)	3	6	n/sett.	interv./sett.
1	SERVIZIO RESIDENZIALE (quale?)	PASTI A DOMICILIO	VIGILANZA- ACCOMPAGNAMENTO		
2	SERVIZIO SEMIRESIDENZIALE (quale?)	TELESOCCORSO	IGIENE DELLA CASA		
		TRASPORTO / ACCOMPAGNAMENTO	ASSISTENZA ALLA PERSONA		

¹ C = coniuge, FI = figlio/a, FR = fratello/sorella, G = genitore, NO = nonno/a, ND = nipote diretto, NI = nipote indiretto, NU = genero/nuora, AL = altro familiare, VI = amici/vicini
² C = convivente, V = immediate vicinanze, 15 = entro 15 minuti, 30 = entro 30 minuti, 60 = entro 1 ora, O = oltre 1 ora
³ indicare il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui la persona è presente nell'assistenza (o lo è stata finora)
⁴ crocettare se si occupa di ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti), IADL (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia), supervisione (diurna e/o notturna)
⁵ indicare il numero di giorni alla settimana (da 0 a 7) in cui si prevede che la persona possa essere presente nell'assistenza per il fut

SITUAZIONE ABITATIVA	
TITOLO DI GODIMENTO <i>(una sola risposta)</i> <input type="checkbox"/> 1 proprietà <input type="checkbox"/> 2 usufrutto <input type="checkbox"/> 3 titolo gratuito <input type="checkbox"/> 4 non proprio, non in affitto (presso _____)	in affitto da: <input type="checkbox"/> 5a privato <input type="checkbox"/> 5b pubblico E' in atto lo sfratto esecutivo? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
DISLOCAZIONE NEL TERRITORIO <i>(una sola risposta)</i> <i>rispetto ai servizi pubblici (es.: negozi di alimentari, farmacia, trasporti)</i> <input type="checkbox"/> 1 servita <input type="checkbox"/> 2 poco servita <input type="checkbox"/> 3 isolata	
BARRIERE ARCHITETTONICHE <i>(una sola risposta)</i> <input type="checkbox"/> 1 assenti <input type="checkbox"/> 2 solo esterne <input type="checkbox"/> 3 interne	
Piano: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ascensore Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
GIUDIZIO SINTETICO <input type="checkbox"/> 1 abitazione idonea (alloggio privo di barriere architettoniche interne/esterne e adeguato al n° di persone, ben servito) <input type="checkbox"/> 2 abitazione parzialmente idonea (alloggio in normali condizioni di abitabilità ma con barriere interne e/o esterne che limitano l'anziano nel corretto utilizzo delle risorse residue o dei servizi) <input type="checkbox"/> 3 abitazione non idonea (alloggio pericoloso, fatiscente ed antigienico e/o abitazione gravemente insufficiente per il numero di persone che vi alloggiavano, e/o sfratti esecutivi, e/o isolato)	
NOTE: 	

SITUAZIONE ECONOMICA: REDDITO MENSILE	
REDDITO TOTALE DELL'ANZIANO: <i>(inclusa l'eventuale indennità di accompagnamento se percepita o anche solo riconosciuta)</i>	€.
RISPARMI DELL'ANZIANO:	<input type="checkbox"/> no o inferiori a €. 2.500,00 <input type="checkbox"/> fino a €. 5.000,00 <input type="checkbox"/> fino a €. 10.000,00 <input type="checkbox"/> fino a €. 50.000,00 <input type="checkbox"/> oltre €. 50.000,00 <input type="checkbox"/> non noti
SPESA FISSA PER AFFITTO O MUTUO:	€.
ULTERIORE DISPONIBILITÀ ECONOMICA MENSILE DICHIARATA DAI FAMILIARI PER L'ASSISTENZA:	<input type="checkbox"/> nessuna <input type="checkbox"/> fino a €. 500,00 <input type="checkbox"/> fino a €. 1.000,00 <input type="checkbox"/> fino a €. 1.500,00 <input type="checkbox"/> oltre <input type="checkbox"/> copertura completa delle spese
INTEGRAZIONE ECONOMICA DEL COMUNE PER L'ASSISTENZA:	<input type="checkbox"/> certamente no <input type="checkbox"/> possibile <input type="checkbox"/> certamente sì
NOTE: 	

VALUTAZIONE FINALE DELL'ASSISTENTE SOCIALE ATS

VALUTAZIONE IN SEDE U.V.I.M.	
NECESSITÀ di ASSISTENZA SANITARIA	
ASSISTENZA INFERMIERISTICA (vedi scheda "Valutazione Sanitaria")	VIP
PREVENZIONE - TRATTAMENTO DECUBITI (vedi scheda "Valutazione Cognitiva e Funzionale")	VPIA
POTENZIALE RESIDUO (da valutare in U.O.D.)	VPOT
Poco probabili significativi recuperi di autonomia	0
Vi è la possibilità di recuperare l'autonomia fino a punteggio ≤ 3 in almeno 1 item del Barthel ADL o MOBILITÀ	5
Buon potenziale residuo (anche in patologia cronico-degenerativa, se presente sindrome ipocinetica da assistenza inadeguata)	20
Elevato potenziale residuo dopo evento acuto, con scarsa probabilità di recupero spontaneo	25
TOTALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA E RIABILITATIVA	VSAN

SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE (famiglia, privato, vicinato e volontariato)				
	SOGGETTO AUTONOMO	SUPPORTO RETE PER SOGGETTO NON AUTONOMO		
		sufficiente	Parzialmente Sufficiente o difficoltà di tenuta	insufficiente
Preparazione dei pasti	0	5	10	10
Pulizia della casa	0	5	5	10
Lavanderia	0	5	5	10
Effettuazione acquisti	0	5	5	10
Alimentazione	0	5	10	20
Bagno	0	5	5	10
Toeletta personale	0	5	10	15
Abbigliamento	0	5	10	15
Uso del wc (o padella o panno)	0	5	15	25
Assunzione dei medicinali (se pertinente)	0	5	10	10
Trasferimenti	0	5	15	20
Deambulazione	0	5	10	15
Gestione del denaro	0	5	10	10
Sostegno psicoaffettivo	0	5	10	10
Supervisione diurna	0	5	15	25
Supervisione notturna	0	5	15	25
TOTALE RETE SOCIALE			VSOC	

PROFILO DELL'AUTONOMIA

SITUAZIONE COGNITIVA

PCOG		VCOG	
01	lucido		Indicativamente: punteggio SPMSQ (VCOG) = 0 - 3
02	confuso		Indicativamente: punteggio SPMSQ (VCOG) = 4 - 8
03	molto confuso o stuporoso		Indicativamente: punteggio SPMSQ (VCOG) = 9 - 10
04	problemi comportamentali prevalenti (qualsiasi punteggio SPMSQ)		

MOBILITÀ

PMOB		VMOB	
1	si sposta da solo		Punteggio Barthel mobilità = 0 - 14
2	si sposta assistito		Punteggio Barthel mobilità = 15 - 29
3	non si sposta		Punteggio Barthel mobilità = 30 - 40

SITUAZIONE FUNZIONALE (Attività di Base)

PADL		VADL	
1	autonomo o quasi		Punteggio Barthel ADL = 0 - 14
2	dipendente		Punteggio Barthel ADL = 15 - 49
3	totalmente dipendente		Punteggio Barthel ADL = 50 - 60

NECESSITÀ DI ASSISTENZA SANITARIA

PSAN		VSAN	
1	bassa		Punteggio = 0 - 5
2	intermedia		Punteggio = 10 - 20
3	elevata		Punteggio ≥ 25



SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE

PSOC		VSOC	
1	ben assistito		Punteggio = 0 - 80
2	parzialmente assistito		Punteggio = 85 - 160
3	non sufficientemente assistito		Punteggio = 165 - 240

CODICE PROFILO

PROF	+	PSOC
	+	

VERBALE U.V.I.M.

NOME:

DATA DI NASCITA: |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

SINTESI DEI PROBLEMI ATTUALI RILEVATI:

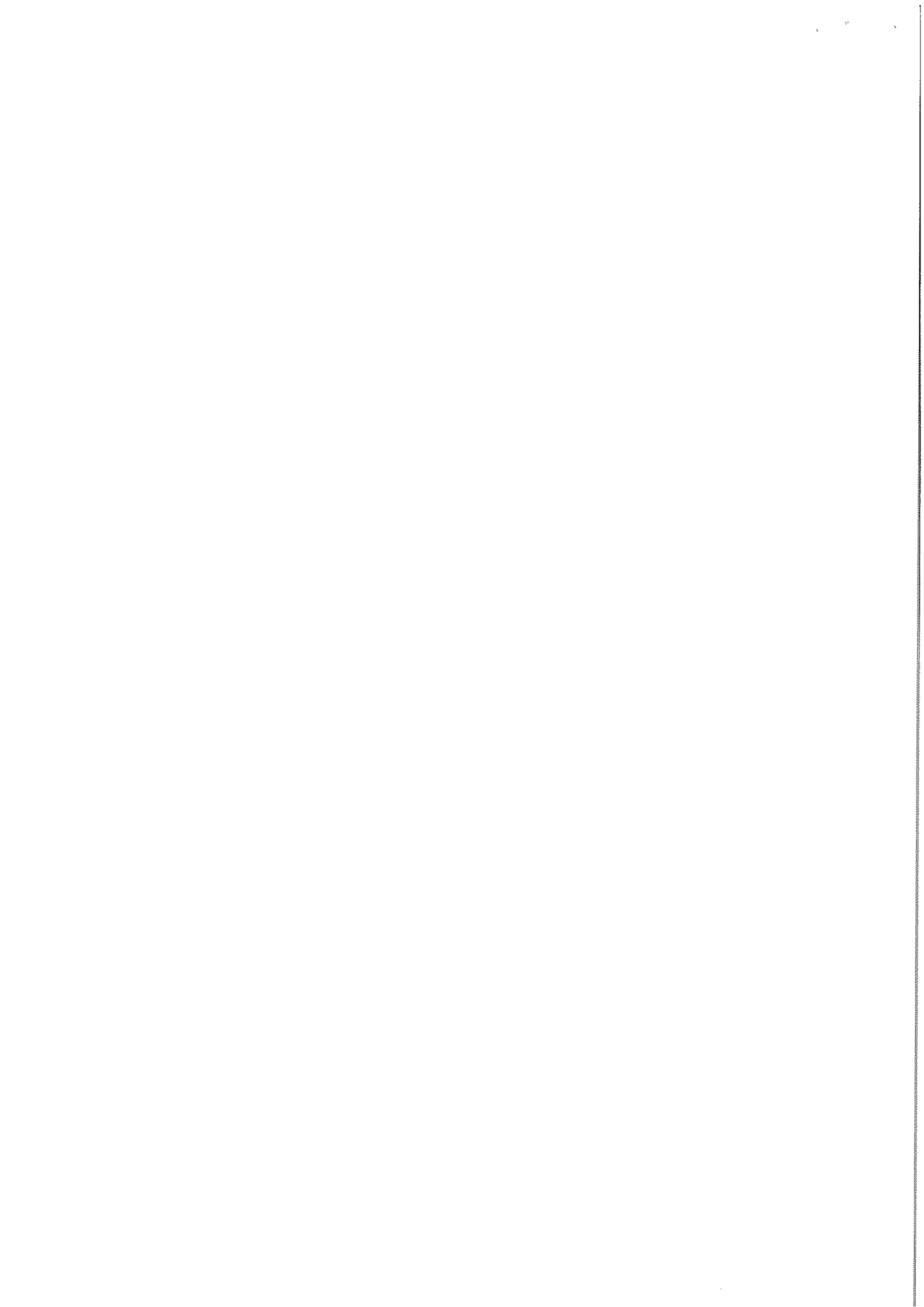
SULLA BASE DELLA DOCUMENTAZIONE AGLI ATTI E DI QUANTO EMERSO DALLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE, L'UNITA' OPERATIVA DISTRETTUALE PRENDE LE SEGUENTI DECISIONI:

CODIFICA PROGETTO ASSISTENZIALE

01 <input type="checkbox"/> ACCOGLIENZA IN RESIDENZA	06 <input type="checkbox"/> ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
02 <input type="checkbox"/> OSPITALITÀ TEMPORANEA RIABILITATIVA	07 <input type="checkbox"/> ALTRE FORME DI ASSISTENZA
03 <input type="checkbox"/> OSPITALITÀ TEMPORANEA SOCIALE	08 <input type="checkbox"/> LA RETE ATTUALE RISPONDE AI BISOGNI
04 <input type="checkbox"/> CENTRO DIURNO	09 <input type="checkbox"/> ALLOGGIO PROTETTO
05 <input type="checkbox"/> ASSISTENZA DOMICILIARE	

convocati	presenti	PARTECIPANTI	Nome	Firma
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	Responsabile U.V.I.M.		
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	Medico curante		
3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Assistente sociale ATS		
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Esperto / Geriatra		
5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>			
6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>			
7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>			
8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>			

Il responsabile del caso sarà: (INDICARE IL RUOLO)	Verifica programmata: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> attivazione <input type="checkbox"/> verifica DATA: _ _ _ _ _ _ _ _	TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE U.V.I.M.
	TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE ATS



**SCHEDA DA APPLICARE IN CASO DI PARITA' DI PUNTEGGIO SVAMA SEMPLIFICATA
CONTENENTE I CRITERI INTEGRATIVI PER DEFINIRE LA FRAGILITA' DEL
NUCLEO FAMILIARE**

La fragilità del nucleo familiare viene definita utilizzando un punteggio complessivo massimo di **100 punti**, attribuito sulla base dei criteri e parametri elencati di seguito, e considerando, distintamente, le situazioni dei nuclei familiari composti dal beneficiario FNA (l'utente non autosufficiente grave) e da altri componenti e quelle dei nuclei formati dal solo beneficiario FNA, portatore, per definizione, di un grado di fragilità estremo. In entrambi i casi è stato applicato un punteggio significativo per il valore dell'ISEE ordinario, con una fascia di esclusione dall'attribuzione del punteggio (10.000 euro) apparsa congrua per discriminare ulteriormente la fragilità complessiva dei nuclei familiari.

A) NUCLEO FAMILIARE COMPOSTO DAL BENEFICIARIO FNA E DA ALTRI COMPONENTI

1. Valore ISEE ordinario (riferito a tutti i componenti del nucleo familiare), **max 30 punti** da assegnare secondo le seguenti modalità:

- | | |
|-------------------------------|-------------|
| a. Da 0 a 1.000 euro= | 30 punti; |
| b. Da 1.000,01 a 2.000 euro= | 27 punti; |
| c. Da 2.000,01 a 3.000 euro= | 24 punti; |
| d. Da 3.000,01 a 4.000 euro= | 21 punti; |
| e. Da 4.000,01 a 5.000 euro= | 18 punti; |
| f. Da 5.000,01 a 6.000 euro= | 15 punti; |
| g. Da 6.000,01 a 7.000 euro= | 12 punti; |
| h. Da 7.000,01 a 8.000 euro= | 9 punti; |
| i. Da 8.000,01 a 9.000 euro= | 6 punti; |
| j. Da 9.000,01 a 10.000 euro= | 3 punti; |
| k. Da 10.000,01 e oltre | zero punti; |

Totale punteggio _____

2. Numero disabili in condizione di gravità, ex articolo 3, comma 3, legge 104/92 ovvero invalidi 100% con il beneficio dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, presenti nel nucleo familiare (oltre il beneficiario FNA) = **max24 punti**, da attribuire in ragione di 8 punti per ogni componente del nucleo in tale condizione, fino ad un massimo di 24;

Totale punteggio _____

3. Numero di anziani ultrasessantacinquenni presenti nel nucleo (eccettuato il beneficiario FNA)= **max 13 punti**, da attribuire come di seguito:

- | |
|--------------------------------|
| a. Un anziano, punti 4 |
| b. Due anziani, punti 8 |
| c. Tre o più anziani, punti 13 |

Totale punteggio _____

4. Presenza di minori (eccettuato il beneficiario FNA) nel nucleo familiare, **max13 punti** da attribuire come di seguito:

- | |
|-------------------------------|
| a. Un minore, punti 4 |
| b. Due minori, punti 8 |
| c. Tre o più minori, punti 13 |

Totale punteggio _____

5. Distanza dell'abitazione dal perimetro del centro abitato (definito ai sensi del codice della strada), **max 10 punti**:
- a. Da 1 a 2 km., punti 2
 - b. Da 2,1 a 3 km., punti 4
 - c. Da 3,1 a 4 km., punti 6
 - d. Da 4,1 a 5 km., punti 8
 - e. Oltre 5 km., punti 10

Totale punteggio _____

6. Presenza di barriere architettoniche nell'abitazione (come descritte e valutate dall'assistente sociale, in relazione al grado, più o meno elevato, di incidenza sulla mobilità e sull'accessibilità dell'abitazione), **max 10 punti**:
- a. Assenza di barriere, punti 0
 - b. Barriere a modesta incidenza, punti 2
 - c. Barriere a media incidenza, punti 5
 - d. Barriere ad elevata incidenza, punti 10

Totale punteggio _____

NB: In caso di coesistenza di più condizioni nella stessa persona: esempio, disabile in condizione di gravità/anziano, minore/disabile in condizione di gravità, ecc., si applica quella che dà luogo al punteggio più favorevole; in ogni caso il destinatario del servizio non viene considerato ai fini dell'attribuzione del punteggio.

Totale punteggio finale: _____

A maggiore punteggio totale corrisponde maggiore fragilità del nucleo familiare. Pur applicando, distintamente, le ipotesi di valutazione A) e B) per le due tipologie di nucleo familiare, viene comunque formulata un'unica sub-graduatoria ai fini della selezione dei beneficiari con pari punteggio SVAMA semplificata.

B) NUCLEO FAMILIARE COMPOSTO DAL SOLO BENEFICIARIO FNA

1) Beneficiario FNA unico componente del nucleo familiare= **50 punti**.

2) Valore ISEE ordinario, **max 30 punti** da assegnare secondo le seguenti modalità:

- | | |
|-------------------------------|-------------|
| a. Da 0 a 1.000 euro= | 30 punti; |
| b. Da 1.000,01 a 2.000 euro= | 27 punti; |
| c. Da 2.000,01 a 3.000 euro= | 24 punti; |
| d. Da 3.000,01 a 4.000 euro= | 21 punti; |
| e. Da 4.000,01 a 5.000 euro= | 18 punti; |
| f. Da 5.000,01 a 6.000 euro= | 15 punti; |
| g. Da 6.000,01 a 7.000 euro= | 12 punti; |
| h. Da 7.000,01 a 8.000 euro= | 9 punti; |
| i. Da 8.000,01 a 9.000 euro= | 6 punti; |
| j. Da 9.000,01 a 10.000 euro= | 3 punti; |
| k. Da 10.000,01 e oltre | zero punti; |

Totale punteggio _____

3) Distanza dell'abitazione dal perimetro del centro abitato (definito ai sensi del codice della strada), **max 10 punti**:

- a. Da 1 a 2 km., punti 2
- b. Da 2,1 a 3 km., punti 4
- c. Da 3,1 a 4 km., punti 6
- d. Da 4,1 a 5 km., punti 8
- e. Oltre 5 km, punti 10

Totale punteggio _____

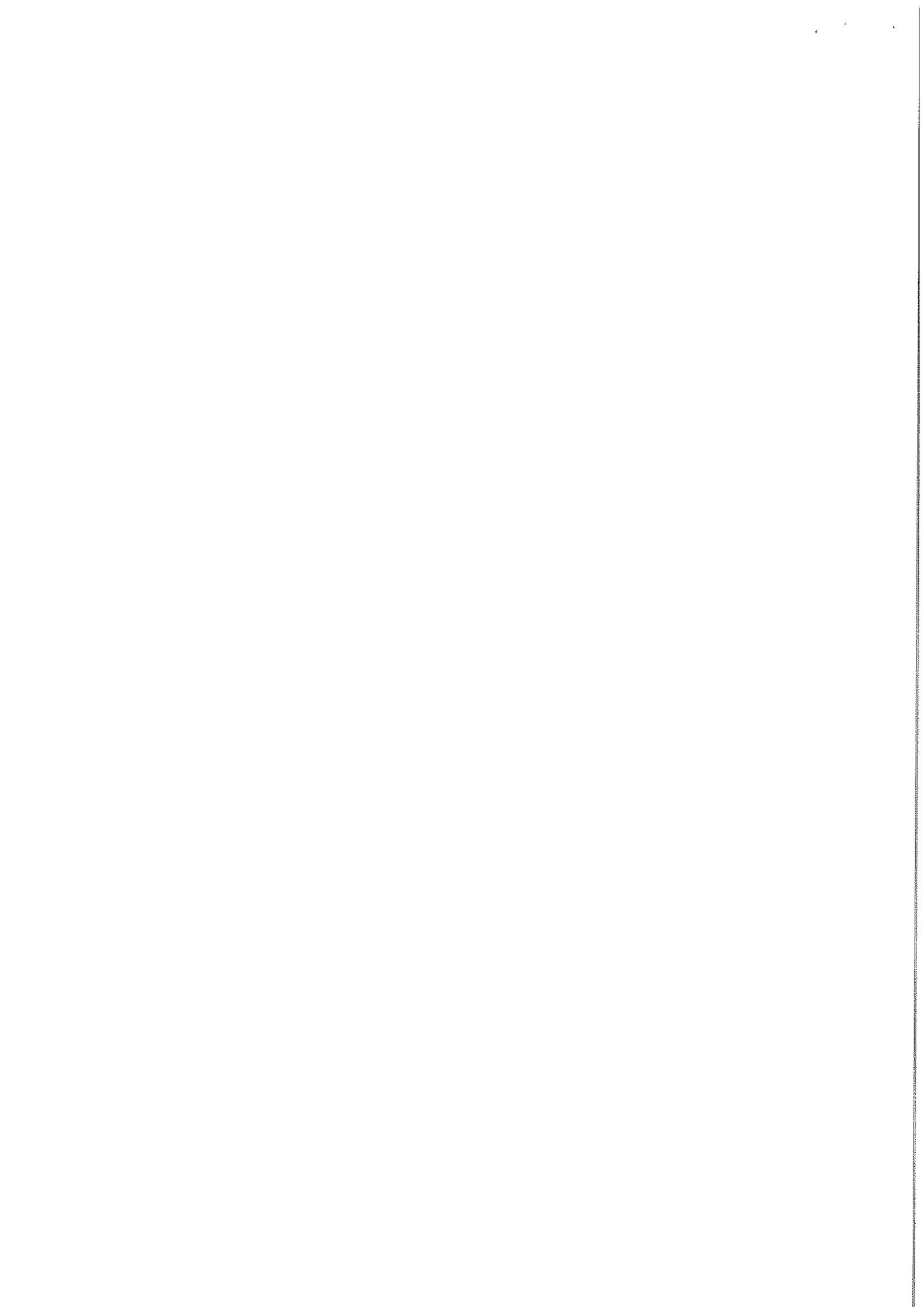
4) Presenza di barriere architettoniche nell'abitazione (come descritte e valutate dall'assistente sociale, in relazione al grado, più o meno elevato, di incidenza sulla mobilità e sull'accessibilità dell'abitazione), **max 10 punti**:

- a. Assenza di barriere, punti 0
- b. Barriere a modesta incidenza, punti 2
- c. Barriere a media incidenza, punti 5
- d. Barriere ad elevata incidenza, punti 10

Totale punteggio _____

A maggiore punteggio totale corrisponde maggiore fragilità del nucleo familiare. Pur applicando, distintamente, le ipotesi di valutazione A) e B) per le due tipologie di nucleo familiare, viene comunque formulata un'unica sub-graduatoria ai fini della selezione dei beneficiari con pari punteggio SVAMA semplificata.

Totale punteggio finale: _____



5			
---	--	--	--

3) di usufruire di altre prestazioni socio-assistenziali e/o sanitarie quali:

- SAD disabili n. ore ___ settimanali
 SAD anziani n.ore ___ settimanali
 Assistenza Tutelare di Base n.ore ___ settimanali
 Assistenza Infermieristica
 Home Care Premium n. ore ___ mensili/contributo mensile € _____.

ALL'UOPO RICHIEDE

contributo economico per il *care giver*

(da quantificare sulla base dell'impegno assistenziale correlato alla severità delle condizioni patologiche, secondo le modalità stabilite nel corso della realizzazione del precedente programma di cui alla deliberazione di Giunta Regionale del 09/01/2012 n.7).

servizio di assistenza domiciliare (SAD) quali Servizi di cura ed assistenza domiciliare garantiti attraverso l'Ambito Territoriale Sociale (per un numero di ore variabili da un minimo di 8 ad un max di 14 settimanali per 52 settimane);

rimborso quota sociale (€ 38,00 al giorno) per ricovero di sollievo (massimo gg. 15) presso una struttura regionale sociosanitaria o assistenziale, individuata dai familiari;

DICHIARA ALTRESI'

- a) di impegnarsi, a seguito di inserimento nel Programma Attuativo, a dare tempestiva comunicazione all'Ambito Territoriale Sociale di Venafro di eventuali ricoveri, superiori a gg. 30 consecutivi, in strutture ospedaliere, extra ospedaliere o socio-sanitarie, assistenziali o riabilitative;
- b) di essere a conoscenza che l'ATS di Venafro, per il tramite dell'Ufficio di Piano, ai sensi dell'art. 71 DPR 445/2000, 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 la decadenza dal beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti;
- c) di essere a conoscenza che l'ATS di Venafro per il tramite dell'Ufficio di Piano e/o dell'assistente sociale che ha in carico il caso, si riserva di chiedere in qualsiasi momento integrazioni alla presente domanda.

Modalità di erogazione del contributo spettanti nel caso di accoglimento della domanda:

accredito in c/c intestato a proprio nome _____

indicare eventuale cointestatario _____

bancario IBAN _____

postale IBAN _____

**SI ALLEGANO
(a pena di esclusione)**

- **copia documento d'identità** in corso di validità del paziente e del suo *care giver*;
- **copia del certificato attestante la patologia rilasciato da una struttura specialistica;**
- **altra documentazione clinica.**

Luogo e data _____

Firma del richiedente _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 E DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui l'ATS è tenuto.

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è il Coordinatore Responsabile dell' ATS Venafro, nella persona del Dott. Antonio Melone domiciliato per la carica in Venafro (IS), presso l'Ufficio di Piano, con sede al Viale San Nicandro n. 15 (Tel. 0865 906801).

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati è il Coordinatore/Responsabile dell'ATS Venafro, Dott. Antonio Melone.

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari per gli adempimenti previsti per legge, inclusa la completa e corretta formazione della verifica dei requisiti di legge per la concessione del beneficio FNA 2017 "Servizi ed azioni per persone con disabilità severa e con grave non autosufficienza assistite a domicilio" ex D.G.R. n. 239 del 24/05/2018.

Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/679.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Ambito di comunicazione e diffusione

Informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad altri enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

Trasferimento dei dati personali

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

Categorie particolari di dati personali

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire all'ATS dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelano "l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona". Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

Diritti dell'Interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e 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 o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un 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;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'Ufficio di Piano dell'ATS Venafro, nella persona del Coordinatore Responsabile Dott. Antonio Melone, all'indirizzo postale della sede legale del Comune Capofila dell'ATS Venafro – Piazza Cimorelli n. 1 - Venafro (IS) - o all'indirizzo pec: udp@pec.ambitoterritorialesocialevenafro.it.

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede.

_____ li _____

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta, (in caso di persona minore di anni 16 aggiungere "in qualità di _____ del minore _____ nato a _____ il _____)

esprimo il consenso NON esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

esprimo il consenso NON esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati personali ad enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

esprimo il consenso NON esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede.

FIRMA _____

DICHIARAZIONE ISEE

Io sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

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

residente a _____ (_____) in via _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

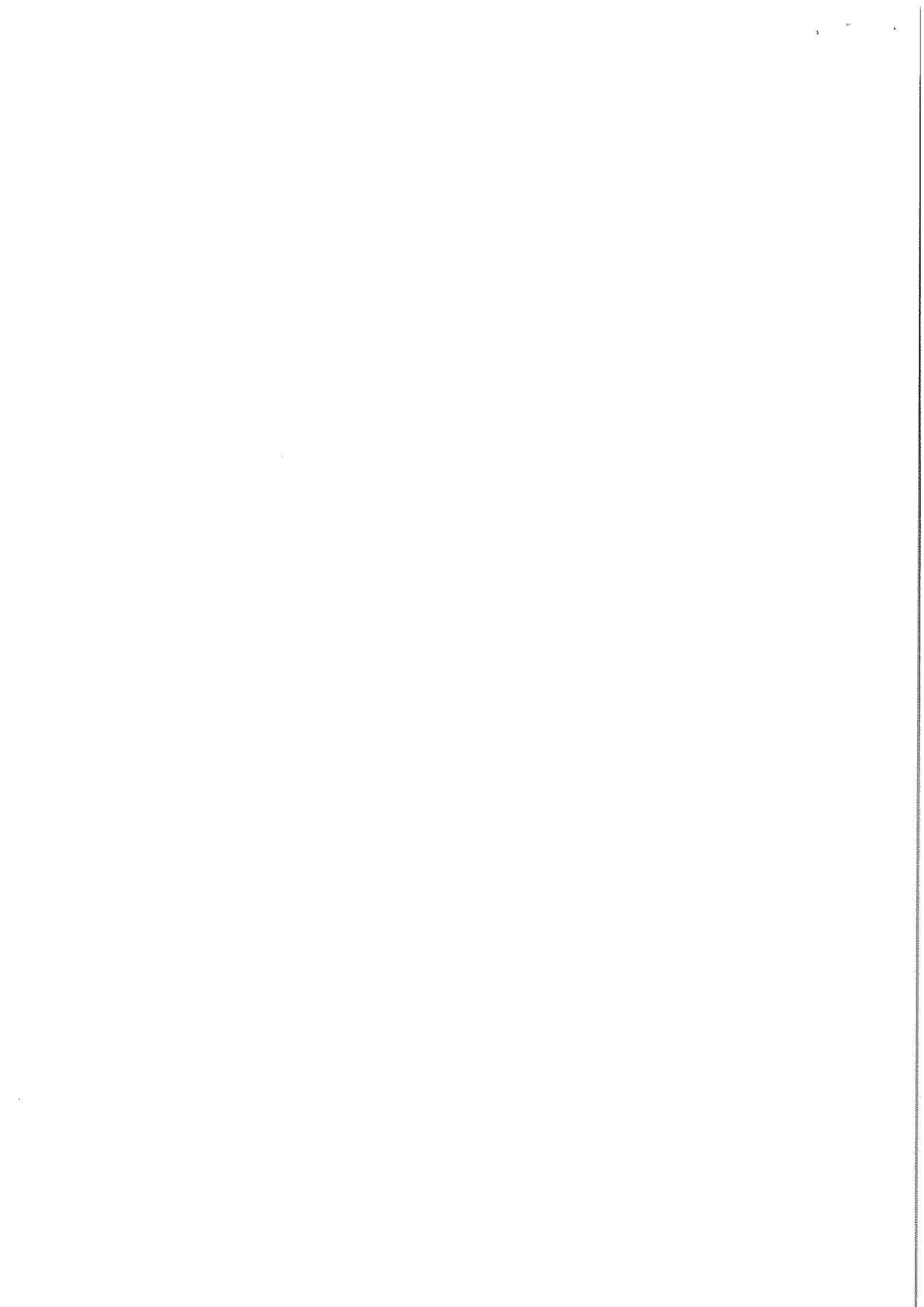
consapevole che in caso di parità di punteggio di SVAMA semplificata l'ATS Venafro richiederà la relativa certificazione ISEE,

DICHIARO

di impegnarmi a produrre la documentazione ISEE entro 10 giorni lavorativi dalla eventuale richiesta formulata dall'ATS Venafro.

(luogo e data)

Il/la dichiarante _____
(firma per esteso e leggibile)



Al Comune di residenza

DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA ATTUATIVO FNA 2017
"Servizi ed azioni per persone con disabilità severa e con grave non autosufficienza assistite a domicilio"
Deliberazione di G.R. n. 239 del 24/05/2018

Il /la sottoscritto/a cognome _____ nome _____
nato/a _____ prov. ___ il ___ / ___ / ___ residente a _____
via _____ n. _____ tel. _____ cell. _____
c.f. _____

CHIEDE

Nella qualità di familiare del paziente in condizioni di disabilità,
(Indicare il grado di parentela)

Cognome e Nome	Data di nascita	Codice fiscale

di essere ammesso al Programma Attuativo FNA 2017 "Servizi ed azioni per persone con disabilità severa e con grave non autosufficienza assistite a domicilio", ai sensi della delibera di G.R. n. 239 del 24/05/2018.

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- a) che il minore _____, si trova in condizioni di
disabilità grave art. 3 comma 3 della L. 104/92 tale da richiedere azioni di supporto previa
redazione di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che contempli aspetti sociali e
sanitari;
- b) che il minore Frequenta il seguente Centro Socio Operativo:
_____;

c) che il suo nucleo familiare è così composto:

N.	Cognome e Nome	Data di nascita	Codice Fiscale	Grado di parentela
1				
2				
3				
4				
5				

All'uopo richiede:

Sostegno economico per il trasporto

DICHIARA ALTRESI'

- a) di essere a conoscenza che l'ATS di Venafro, per il tramite dell'Ufficio di Piano, ai sensi dell'art. 71 DPR 445/2000, 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 la decadenza dal beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti;
- b) di essere a conoscenza che l'ATS di Venafro, per il tramite dell'Ufficio di Piano e/o dell'assistente sociale che ha in carico il caso, si riserva di chiedere in qualsiasi momento integrazioni alla presente domanda;
- c) di svolgere l'attività per la quale riceve il contributo entro l'anno di realizzazione del Programma;

Nel caso di accoglimento della domanda il sottoscrittore sceglie la seguente modalità di erogazione delle somme di propria spettanza:

accredito in c/c intestato a proprio nome _____

indicare eventuale cointestatario _____

bancario IBAN _____

postale IBAN _____

SI ALLEGANO
(a pena di esclusione)

- copia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente;
- copia di Certificazione di disabilità ai sensi della Legge 104/92, art. 3, comma 3;
- Attestazione di frequenza rilasciata dal Centro Socio Educativo

Luogo e data

Firma del richiedente

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 E DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui l'ATS è tenuto.

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è il Coordinatore Responsabile dell'ATS Venafro, nella persona del Dott. Antonio Melone domiciliato per la carica in Venafro (IS), presso l'Ufficio di Piano, con sede al Viale San Nicandro n. 15 (tel. 0865 906801)

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati è il Coordinatore/Responsabile dell'ATS Venafro, Dott. Antonio Melone.

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari per gli adempimenti previsti per legge, inclusa la completa e corretta formazione della verifica dei requisiti di legge per la concessione del beneficio FNA 2017 "Servizi ed azioni per persone con disabilità severa e con grave non autosufficienza assistite a domicilio" ex D.G.R. n. 239 del 24/05/2018.

Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Ambito di comunicazione e diffusione

Informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad altri enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

Trasferimento dei dati personali

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

Categorie particolari di dati personali

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire all'ATS dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelano "l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona". Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e 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 o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un 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;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'Ufficio di Piano dell'ATS Venafro, in persona del Coordinatore Responsabile Dott. Antonio Melone, all'indirizzo postale della sede legale del Comune Capofila dell'ATS Venafro – Piazza Cimorelli n. 1 – 86079 Venafro (IS) o all'indirizzo pec: udp@pec.ambitoterritorialevenafro.it.

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede.

_____, il _____

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta, (in caso di persona minore di anni 16 aggiungere "in qualità di _____ del minore _____ nato a _____ il _____")

esprimo il consenso NON esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

esprimo il consenso NON esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati personali ad enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

esprimo il consenso NON esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede.

FIRMA _____