



Protocollo



CLASSE 2.2.0 – OGGETTO RICORRENTE: 77

38 - rit a casa

**Al Responsabile del Settore Socio Culturale (cod. 412)**  
**Al Servizio sociale professionale (cod. 22)**  
inviare a: [protocollo@pec.comune.sinnai.ca.it](mailto:protocollo@pec.comune.sinnai.ca.it)

FAC SIMILE PROGETTO PERSONALIZZATO

**Oggetto: PROGRAMMA REGIONALE “RITORNARE A CASA” - Allegato n. 2 Delib.GR n. 30/17 del 30.7.2013**

ASL N.  Distretto di

Verbale U.V.T. n°  del

Il Comune di , l'Azienda Sanitaria Locale n°

e la famiglia del/la sig.re/ra  promuovono il presente progetto personalizzato.

A) richiesta 1° annualità

B) richiesta rinnovo:

2° annualità

3° annualità

4° annualità

5° annualità

Indicare data di scadenza del precedente piano

C) richiesta rinnovo “patologie degenerative non reversibili in ventilazione meccanica h 24 con connessione a respiratore automatico tramite tracheostomia e nei casi di coma”

D) richiesta finanziamento aggiuntivo

2° annualità

3° annualità

4° annualità

5° annualità

Indicare data di scadenza del precedente piano

E) richiesta finanziamento straordinario

2° annualità

3° annualità

4° annualità

5° annualità

Indicare data di scadenza del precedente piano

## PROGETTO PERSONALIZZATO

### 1) Destinatario del progetto

Cognome e nome

Luogo di nascita

Data di nascita

Residenza

Indirizzo

Stato

civile

Titolo di studio

Codice Fiscale

### 2) Requisito d'accesso:

- 1) dimesso da strutture residenziali a carattere sociale e/o sanitario dopo un periodo di ricovero non inferiore a 12 mesi;
- 2) con grave patologia degenerativa non reversibili in ventilazione meccanica assistita a permanenza 24 h o coma;
- 3) soggetti che, a seguito di una malattia neoplastica, si trovano nella fase terminale della loro vita;
- 4) con grave stato di demenza valutato sulla base della scala CDR con punteggio 5;
- 5) con patologie ad andamento cronico degenerativo con pluripatologia (valutate sulla base della scala di valutazione CIRS, con indice di severità uguale o maggiore di 3 e con indice di comorbilità uguale o maggiore di 3).

### Profilo Socio Sanitario

#### 3) Il destinatario beneficia di:

- 1. invalidità civile;
- 2. indennità di accompagnamento;
- 3. riconoscimento handicap grave nei termini dell'art. 3, comma 3 L. 104/1992;
- 4. progetto L.162/98;
- 5. altro.

**4) Situazione sociale: (Breve descrizione)**


**5) Composizione del nucleo familiare**

Nome	Cognome	Età	Relazione di parentela	Ore giornaliere di cura dedicate alla persona con disabilità

**6) Carico assistenziale e partecipazione della famiglia**

Indicare il Familiare di riferimento  Convivente  si  no

carico assistenziale sostenuto  ore di assistenza

**7) Situazione sanitaria: (Breve descrizione)**


**8) Livello assistenziale: (Livello assistenziale stabilito dall'UVT)**


**9) Obiettivi del progetto e risultati attesi:**

*Obiettivi sanitari*


*Obiettivi assistenziali*


## Pianificazione degli interventi contributo ordinario

### 10) Interventi da realizzare

#### Interventi sanitari

Servizio	Prestazione	Modalità e ore settimanali	N° ore annuali	Costo orario	Costo totale

#### Interventi assistenziali e piano di spesa

Servizio	Prestazione	Modalità e ore settimanali	N° ore annuali	Costo orario	Costo totale

11) Costo totale del progetto:

12) Contributo richiesto:

di cui 80% a carico della RAS pari a €

20% a carico del comune pari a €

13) Situazione economica, sulla base della certificazione ISEE;

15) Gestione del progetto

Gestione diretta

Gestione indiretta

Gestione con familiare di riferimento: n. ore assistenza

## Pianificazione degli interventi di contributo aggiuntivo e/o straordinario

16) Interventi assistenziali e preventivo piano di spesa

Tipologia di spesa	Previsione di spesa
--------------------	---------------------


17) importo contributo aggiuntivo richiesto:

18) importo contributo straordinario richiesto:

19) Verifica rendicontazione spese sostenute annualità precedente €

**Criteria di valutazione e modalità di verifica dell'intero progetto**


**Dichiara aver ricevuto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 e di averne preso visione**

L'Assistente Sociale del Comune

Il Responsabile del Servizio Sociale

Il Responsabile Sanitario del Distretto

Il destinatario del progetto o familiare di riferimento

Documentazione allegata:

- Verbale UVT
- Scala di valutazione CDR 5
- Certificato anestesista o rianimatore
- Certificazione sanitaria specialistica in caso di comorbilità



COMUNE DI SINNAI  
PARCO DELLE RIMEMBRANZE  
09048 - SINNAI (CA)

C.F. - P.IVA 01331610921 - 80014650925

T. 070/76901  
F.  
W. WWW.COMUNE.SINNAI.CA.IT  
PROTOCOLLO@PEC.COMUNE.SINNAI.CA.IT

## Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 2016/679 redatta il 29/04/2019

Il presente documento ha lo scopo di informare l'interessato su come vengono utilizzati i dati che lo riguardano nell'ambito dell'attività di trattamento

Programma regionale "Ritornare a casa"	Predisposizione di un progetto personalizzato in favore di soggetti con disabilità estrema e/o dimesse da strutture a carattere sociale e sanitario.
--	--

Ai sensi degli articoli 13 del regolamento EU 2016/679 si informa l'interessato che i suoi dati saranno trattati dal Titolare del trattamento definito nella sezione **Soggetti** il quale tratta i dati per le finalità menzionate nella sezione **Finalità**, per un determinato periodo di tempo definito nella sezione **Periodo di conservazione** e potrebbero essere comunicati a soggetti definiti nella sezione **Comunicazione**.

Si informa altresì l'interessato che può esercitare numerosi diritti con riguardo ai suoi dati personali, un'elencazione dei diritti è fornita in calce alla presente informativa nella sezione **Diritti dell'interessato**. I diritti dell'interessato possono essere esercitati in qualsiasi momento contattando il Responsabile della protezione dei dati (RPD) o in sua assenza il Titolare.

**Soggetti** – Chi tratta i miei dati e a chi mi posso rivolgere per avere informazioni ed esercitare i miei diritti?

Qualifica	Denominazione	Dati di contatto
Titolare	Comune di Sinnai	Tel: 070/76901
		E-mail: protocollo@pec.comune.sinnai.ca.it
		Indirizzo: Parco delle Rimembranze 09048 Sinnai (CA)
Responsabile della protezione dei dati (RPD)	Vedasi <a href="https://www.comune.sinnai.ca.it/privacy/">https://www.comune.sinnai.ca.it/privacy/</a> E-mail: <a href="mailto:privacy@comune.it">privacy@comune.it</a>	



**COMUNE DI SINNAI**

COMUNE DI SINNAI  
PARCO DELLE RIMEMBRANZE  
09048 - SINNAI (CA)

C.F. - P.IVA 01331610921 - 80014650925

T. 070/76901  
F.  
W. WWW.COMUNE.SINNAI.CA.IT  
PROTOCOLLO@PEC.COMUNE.SINNAI.CA.IT

## **Finalità** – Perché vengono trattati i dati?

Finalità del trattamento	Base giuridica del trattamento
progetto personalizzato al fine di riportare a casa soggetti con disabilità estrema e/o dimessi da strutture sociali o sanitarie	Salvaguardia degli interessi vitali dell'interessato Esecuzione di un compito di interesse pubblico Trattamento necessario per il perseguimento di un legittimo interesse del Titolare

## **Trasferimenti** – A chi vengono comunicati i miei dati?

Destinatari	Posizione geografica	Legittimazione
Nessuno		

## **Periodo di conservazione**

Periodo di conservazione dei dati o criterio per determinarlo
5 anni

## **Origine dei dati**

I dati vengono raccolti presso:
Raccolta presso l'interessato

## **Categorie di dati trattati**

Categorie di dati
Anagrafici ordinari (nome, cognome, codice fiscale, Estremi del documento di identità, Nazionalità) Indirizzi e contatti (telefono, email, Residenza, Domicilio) Finanziari (Attestazione ISEE) Sanitari (Dati idonei a rilevare lo stato di salute dell'interessato)



COMUNE DI SINNAI  
PARCO DELLE RIMEMBRANZE  
09048 - SINNAI (CA)

C.F. - P.IVA 01331610921 - 80014650925

T. 070/76901

F.

W. [WWW.COMUNE.SINNAI.CA.IT](http://WWW.COMUNE.SINNAI.CA.IT)

PROTOCOLLO@PEC.COMUNE.SINNAI.CA.IT

**Processo decisionale automatizzato e profilazione** – I dati che mi riguardano vengono utilizzati per profilarmi e vengono prese decisioni in maniera automatica sulla base della profilazione?

Profilazione	Processo decisionale automatizzato
NO	NO
Descrizione del processo decisionale	
Nessuno	





COMUNE DI SINNAI  
PARCO DELLE RIMEMBRANZE  
09048 - SINNAI (CA)  
C.F. - P.IVA 01331610921 - 80014650925

T. 070/76901  
F.  
W. WWW.COMUNE.SINNAI.CA.IT  
PROTOCOLLO@PEC.COMUNE.SINNAI.CA.IT

## Diritti dell'interessato

L'interessato ha diritto a chiedere al Responsabile della protezione dei dati o al Titolare:



*(Accesso)*

l'accesso ai dati personali che lo riguardano



*(Portabilità)*

ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che lo riguardano.



*(Rettifica)*

la rettifica dei dati personali che lo riguardano



*(Oblio)*

la cancellazione dei dati personali che lo riguardano



*(Limitazione)*

la limitazione del trattamento dati personali che lo riguardano



*(Opposizione)*

opposizione al trattamento per determinate finalità



COMUNE DI SINNAI  
PARCO DELLE RIMEMBRANZE  
09048 - SINNAI (CA)

C.F. - P.IVA 01331610921 - 80014650925

T. 070/76901  
F.  
W. [WWW.COMUNE.SINNAI.CA.IT](http://WWW.COMUNE.SINNAI.CA.IT)  
[PROTOCOLLO@PEC.COMUNE.SINNAI.CA.IT](mailto:PROTOCOLLO@PEC.COMUNE.SINNAI.CA.IT)

Il mancato conferimento dei dati potrebbe precludere l'erogazione della prestazione.

Per esercitare i sopracitati diritti l'interessato può rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati o al Titolare. L'interessato ha il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo, scrivendo a [garante@gdpd.it](mailto:garante@gdpd.it), oppure [protocollo@pec.gdpd.it](mailto:protocollo@pec.gdpd.it).