



Spett.le ASP9

Alla c.a. Direttore ASP Ambito 9
Via Gramsci, 95
60035 JESI (AN)

**RICHIESTA DI AMMISSIONE
PRESSO IL CENTRO DIURNO DEMENZE "CASSIO MOROSETTI" JESI (AN)
Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 DPR n. 445 del 28/12/2000**

Il /La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il _____

C.F. _____ residente a _____ (____)

CAP _____ Indirizzo _____

tel. _____ altri recapiti _____

mail _____

in qualità di:

Figlio/a Tutore Amministratore di Sostegno

Altro _____

RICHIEDE

Che il/la Sig./Sig.ra _____

nato a _____ (____) il _____

C.F. _____ e residente a _____ (____)

CAP _____ Indirizzo _____

Medico Curante Dott. _____

Tel. _____

sia ammesso/a alla frequenza presso il Centro Diurno Demenze di Jesi in via Finlandia, 2.

Ai sensi dell'art. 46, 71, 75 e 76 Legge 28.12.200 n° 445 "testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materie di documentazione amministrativa";

DICHIARA

Che il nucleo familiare convivente con l'anziano è così composto:

Cognome e Nome	Data di nascita	Vincolo di parentela o assistenziale	Recapiti telefonici e/o mail

Che i familiari non conviventi e specificatamente il coniuge, i figli sono quelli di seguito indicati:

Cognome e Nome	Data di nascita	Vincolo di parentela o assistenziale	Recapiti telefonici e/o mail

- Di impegnarsi al pagamento della retta giornaliera prevista entro il giorno 15 del mese successivo;
- Di essere a conoscenza che in caso di mancata disponibilità dei posti la domanda sarà inserita nell'apposita lista di attesa;
- Di aver preso visione del Regolamento del Centro Diurno e di accettarne integralmente le disposizioni contenute;
- Di essere a conoscenza che l'ammissione al servizio è subordinata all'impegno di spesa del Comune di residenza al pagamento della quota parte giornaliera di propria competenza;
- È a conoscenza del fatto che l'ammissione definitiva in struttura è subordinata ad un periodo di accertamento della durata non inferiore ai 25 giorni di presenza;
- È a conoscenza del fatto che in caso di ammissione presso il Centro Diurno, la stessa ha validità annuale (scadenza: 31 dicembre dell'anno in corso) e sarà pertanto necessaria una richiesta di rinnovo qualora vi siano la volontà e le condizioni tali da non ostacolare il prosieguo della permanenza;
- È a conoscenza del fatto che sarà possibile richiedere un aggiornamento della valutazione multidimensionale a cadenza semestrale o prima di tale termine se richiesto dall'équipe del Centro Diurno;
- È a conoscenza del fatto che le dimissioni dell'Utente possono avvenire per scadenza annuale del periodo di permanenza previsto o per sopraggiunte condizioni di incompatibilità fra le caratteristiche del servizio erogato ed il quadro sintomatologico dell'Utente;

- Dichiaro di essere a conoscenza che l'ingresso al Centro Diurno Demenze è previsto nella fascia oraria 8.00-9.00 e che il servizio di trasporto messo a disposizione per gli ospiti residenti a Jesi è previsto esclusivamente nella fascia oraria 8.00-9.00 (andata) ed alle ore 17.30 (ritorno).
Per le uscite svincolate dal trasporto a carico del Centro Diurno si prevedono due fasce differenziate: 13.00-14.00 (terminato il pasto) e dalle 16.30 in poi (terminata la merenda);
- Dichiaro di essere a conoscenza che, al fine di garantire un graduale inserimento al Centro Diurno è possibile richiedere un orario di uscita anticipato (prima del pranzo, dopo il pranzo, o dopo merenda) nel primo periodo di frequenza da concordare con il Coordinatore del Centro Diurno.

Documenti da allegare obbligatori per validare la domanda:

- Scheda di attivazione del sistema delle cure domiciliari e territoriali a cura del MMG (Medico di Medicina Generale);
- Attestazione dell'accertamento della malattia di Alzheimer o altra demenza in fase iniziale o intermedia a cura del medico neurologo (allegare anche il MMSE eseguito da non oltre 6 mesi; nel caso riporti un punteggio tra 20/30 e 15/30 sarà titolo preferenziale ma non elemento esclusivo per l'accesso);
- Copia Documento di identità in corso di validità dell'utente e del familiare firmatario;
- Copia Tessera Sanitaria dell'utente.

Data _____

Il richiedente

**INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ART. 13-14 DEL GDPR 2016/679
(GENERAL DATA PROTECTION REGULATION)**

Gentile Signore/a, secondo la normativa indicata il trattamento, relativo ai servizi erogati, sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti, pertanto ai sensi degli articoli 13 e 14 del GDPR 2016/679, le forniamo le seguenti informazioni:

Dati trattati e finalità del trattamento. Raccogliamo i seguenti dati: ▪ dati personali identificativi: dati anagrafici e identificativi, di contatto e di pagamento: informazioni relative al nome, numero di telefono, residenza, informazioni relative al pagamento della quota parte del servizio; ▪ dati personali sensibili (particolari): dati relativi allo stato di salute attinenti alla salute fisica o mentale passata, presente e futura, raccolti direttamente dai dipendenti dell'ASP in relazione alla richiesta del servizio erogato; ▪ dati personali giudiziari: e cioè quelli che possono rivelare l'esistenza di determinati provvedimenti giudiziari soggetti ad iscrizione nel casellario giudiziale (ad esempio, i provvedimenti penali di condanna definitiva, la liberazione condizionale, il divieto od obbligo di soggiorno, le misure alternative alla detenzione) o la qualità di imputato o di indagato. Il trattamento dei suoi dati (ad es. registrazione, modifica, conservazione, cancellazione) e il suo consenso al trattamento degli stessi è condizione necessaria per una adeguata erogazione ed esecuzione di tutti i servizi erogati dall'ASP e per il corretto assolvimento degli adempimenti contabili/amministrativi.

Modalità del trattamento. Il trattamento dei dati sarà improntato nel pieno rispetto delle norme di legge, secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza e potrà essere effettuato utilizzando supporti cartacei e/o informatici/telematici idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e comunque con l'utilizzo di idonee procedure che evitino il rischio di smarrimento, sottrazione, accesso non autorizzato, uso illecito, modifiche indesiderate e diffusione.

Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati e conseguenze di un eventuale rifiuto a rispondere. Il conferimento dei dati è necessario. Il rifiuto o la mancata comunicazione dei dati o l'opposizione integrale/parziale al loro trattamento potrà comportare l'impossibilità di fornire i servizi richiesti.

Comunicazione dei dati a terzi (Destinatari dei dati). I dati saranno trattati dal Titolare, dai Responsabili del trattamento e da eventuali persone autorizzate al trattamento sotto la diretta responsabilità del Titolare o del Responsabile secondo apposite istruzioni. In particolare i dati potranno essere comunicati a soggetti terzi, quali ad esempio ▪Società/studi professionali che prestano attività di assistenza, consulenza o collaborazione nei nostri confronti in materia contabile, amministrativa, fiscale, legale, tributaria e finanziaria; ▪P.A. es. Comune, S.S.N., per lo svolgimento delle funzioni istituzionali; ▪Terzi fornitori di servizi (le Ditte aggiudicatrici di appalti) cui la comunicazione sia necessaria per l'adempimento delle prestazioni oggetto del contratto; ▪ Istituti di Credito per l'erogazione di contributi di varia natura o nel caso in cui sia richiesta la compartecipazione dell'utente nel costo del servizio; ▪Distretto Sanitario e Unità Valutativa integrata competente per territorio per consentire le valutazioni delle domande d'ingresso nelle strutture residenziali. I dati potranno essere comunicati a seguito di ispezioni o verifiche, a organismi di vigilanza, autorità giudiziarie nonché a tutti gli altri soggetti ai quali la comunicazione sia obbligatoria per legge. I dati sensibili non verranno comunicati o diffusi a terzi per nessun motivo e saranno trattati necessariamente per il corretto adempimento dei compiti dell'Unità Operativa.

Trasferimento dei dati a Paesi terzi (al di fuori dell'Unione europea). In nessun caso si trasferirà i dati personali e sensibili ad un paese terzo o ad una organizzazione internazionale; tuttavia si riserva la possibilità di utilizzare servizi in cloud e in tal caso i fornitori dei servizi saranno selezionati tra coloro che forniscono garanzie adeguate, così come previsto dall'art. 46 GDPR 2016/679.

Periodo di conservazione dei dati. I dati personali e sensibili saranno conservati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati e comunque per un periodo minimo di 5 anni. Decorso tale periodo di conservazione, i dati potranno essere distrutti e/o cancellati. Nel caso dovessero instaurarsi controversie legali, i dati personali saranno trattati ai fini della difesa degli interessi dell'ASP.

Diritto di accesso ai dati e altri diritti:

- a. **Diritto di accesso** Ha il diritto di ottenere la conferma che sia in corso o meno un trattamento dei dati e, in tal caso, avere le seguenti informazioni: ▪le finalità del trattamento; ▪le categorie di dati personali trattati; ▪i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati; ▪il periodo di conservazione dei dati.
- b. **Diritto di rettifica, cancellazione e limitazione** Può sempre chiedere la rettifica dei dati inesatti; la cancellazione dei dati che La riguardano nel rispetto delle eccezioni indicate nell'art.17 e comunque non prima di 5 anni; la limitazione del trattamento degli stessi.
- c. **Diritto di opposizione** Lei potrà opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei dati personali per motivi connessi ad una situazione particolare in grado di legittimare la sua decisione e a condizione che non sussista alcun interesse legittimo prevalente del titolare.
- d. **Diritto alla portabilità** Ove tecnicamente possibile, Lei ha diritto di ricevere –nelle ipotesi in cui la base giuridica del trattamento sia un contratto o il consenso e lo stesso sia effettuato con mezzi automatizzati- i Suoi dati personali in un formato strutturato e leggibile da dispositivo automatico.
- e. **Diritto di revoca del consenso** Il consenso potrà essere revocato in qualsiasi momento limitatamente alle ipotesi in cui il trattamento sia basato sul Suo consenso per una o più specifiche finalità e riguardi dati personali comuni o particolari categorie di dati, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- f. **Diritto di reclamo** Lei ha il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali (www.garanteprivacy.it).

Modalità di esercizio dei diritti. L'esercizio dei suddetti diritti può essere esercitato in qualsiasi momento inviando una richiesta (anche per email) al: **Titolare del trattamento** l'ASP Ambito 9, C.F./P.IVA 92024900422, Via Gramsci n. 95 60035 Jesi (An) Telefono 0731.236911 email ambitoterjesi@comune.jesi.an.it **Modifiche.** La presente informativa potrebbe essere soggetta a variazioni per modifiche e/o integrazioni della normativa di riferimento. Pertanto, il Titolare del trattamento invita sin da ora i destinatari dell'informativa a prendere visione della stessa anche sul sito internet dell'azienda (www.aspambitovve.it), dove sarà possibile trovare il testo sempre aggiornato.

Preso visione e letta l'informativa sul trattamento dei dati personali di cui sopra e pienamente informato/a delle finalità, modalità e caratteristiche del trattamento, nonché dell'identificazione del Titolare del Trattamento.

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

TITOLARE DEI DATI O TUTORE LEGALE

RICHIEDENTE (SE DIVERSO DAL TITOLARE)

Data.....



Distretto Sanitario di Base di Jesi
Centro Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)

Appendice 1. Scheda domanda di accesso all'assistenza territoriale demenze

ATTIVAZIONE CDCD SEGNALAZIONE/PROPOSTA DI ATTIVAZIONE/RINNOVO ASSISTENZA TERRITORIALE DEMENZE Da inviare a: email cdcd.jesi@sanita.marche.it ; asp.ambitonove@aspambitonove.it

MMG Dott. _____ della provincia di _____

SEZIONE A- DATI ANAGRAFICI E SEGNALAZIONE BISOGNI ASSISTITO (a cura del MMG)

COGNOME	NOME	SESSO
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	INVALIDITA' CIVILE/INDENNITA' DI ACC. (si/no e eventualmente quale)
COMUNE DI RESIDENZA	VIA	N. TELEFONO PAZIENTE
CODICE FISCALE	REFERENTE FAMILIARE	N. TELEFONO CAREGIVER

Per il suo assistito richiede:

RICOVERO C/O RP-D (R3D)

RICOVERO C/O RSA-D (R2D)

CENTRO DIURNO DEMENZE

SEZIONE B- PROBLEMI SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI (a cura del MMG)

DIAGNOSI E SINTESI DEI PROBLEMI SANITARI			
TERAPIA IN ATTO			
PROBLEMI SOCIO ASSISTENZIALI	<input type="checkbox"/> Legati a carichi assistenziali	<input type="checkbox"/> Legati a risorse socio- assistenziali	<input type="checkbox"/> Legati a risorse economiche
SINTESI DEI PROBLEMI SOCIO- ASSISTENZIALI			

SEZIONE C- ACCESSI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (a cura del MMG)

OGNI..... GG <input type="checkbox"/>	SETTIMANALE <input type="checkbox"/>	QUINDICINALE <input type="checkbox"/>	MENSILE <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------

Data compilazione _____

Timbro, codice regionale e firma del MMG



**Distretto Sanitario di Base di Jesi
Centro Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)**

SEZIONE C- AUTOSUFFICIENZA (a cura del CDCD)

GRADO DI AUTOSUFFICIENZA		PUNTEGGIO SCALE VMD	
Persona non autosufficiente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TEMPORANEMANETE <input type="checkbox"/> PERMANENTEMENTE	MMSE	
Persona parzialmente autosufficiente <input type="checkbox"/>		ADL	
Persona con limitazione lieve della autosufficienza <input type="checkbox"/>		IADL	
Persona autosufficiente ma in situazione di rischio sociosanitario <input type="checkbox"/>		CIRS	
		CDR	
		Scheda bisogni	

SEZIONE D – IMPOSSIBILITA' A DEAMBULARE (ADP, AID) PATOLOGIE (ADI, ADP) a cura del CDCD)

IMPOSSIBILITA' DEAMBULARE	PERMANENTE	A	GRUPPO PATOLOGIE
IMPOSSIBILITA' AD ESSERE TRASPORTATO IN AMBULATORIO CON MEZZI COMUNI A CAUSA DI:			
<input type="checkbox"/> non autosufficienza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma bronchiale
<input type="checkbox"/> abitazione in piano alto e senza ascensore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronchite cronica
<input type="checkbox"/> altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BPCO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malattie cardiovascolari
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artrosi/Artriti
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fratture
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabete
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disturbi tiroidei
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Forme tumorali
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demenza di Alzheimer o altre demenze
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malattia di Parkinson
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altre malattie del sistema nervoso
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictus

SEZIONE E-INTERVENTI PREVISTI (a cura del CDCD)

SANITARIO		SOCIO-ASSISTENZIALE	
Assistenza MMG <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assistenza domestica (SAD) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenza infermieristica <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assistenza abitativa (compresa quella rivolta alla eliminazione delle barriere architettoniche) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenza medico specialistica <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assistenza economica <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenza riabilitativa <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altro (specificare): <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistenza OSS per: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Attivazione pratica ADS <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausili per incontinenza <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Altro <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Frequenza CDD <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Inserimento presso:			
RP <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
RPD <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
RSA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
RSA-D <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

SEZIONE F- AUTORIZZAZIONE INTERVENTI (a cura del CDCD)

La presente proposta di attivazione è stata presentata il _____ approvata il _____
 e fino al _____ oppure non approvata per i seguenti motivi _____

Timbro e firma NeuroPsicologo CDCD (x CDD) _____

Timbro e firma Neurologo (per tutti gli altri casi, escluso CDD) _____