

Codice A1413D

D.D. 2 ottobre 2026, n. 630

**Definizione delle modalità di erogazione di un contributo economico a sostegno della domiciliarità a favore di persone adulte affette da atrofia muscolare spinale (SMA) malattia neuromuscolare rara, di cui al Piano nazionale malattie rare 2023-2026, ai sensi della D.G.R. n. 14-2976 del 7 agosto 2026 e con valenza sperimentale per il periodo 2026-2028.**



**ATTO DD 630/A1400B/2026**

**DEL 02/10/2026**

**DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE  
A1400B - SANITA'**

**OGGETTO:** Definizione delle modalità di erogazione di un contributo economico a sostegno della domiciliarità a favore di persone adulte affette da atrofia muscolare spinale (SMA) malattia neuromuscolare rara, di cui al Piano nazionale malattie rare 2023-2026, ai sensi della D.G.R. n. 14-2976 del 7 agosto 2026 e con valenza sperimentale per il periodo 2026-2028.

Premesso che la Giunta regionale con:

- la D.G.R. n. 2-2750 del 30 giugno 2026, recante “*Interventi a favore di persone adulte affette da Atrofia Muscolare Spinale malattia neuromuscolare rara di cui al Piano nazionale malattie rare 2023-2026*”, ha stabilito di avviare un progetto volto a riconoscere ai pazienti adulti affetti da SMA un contributo economico secondo le modalità da stabilirsi nei successivi provvedimenti attuativi con i quali definisce i criteri di finanziamento, le fasce di intensità, le tipologie di stadiazione e le modalità da seguire per ottenere la certificazione della malattia;

- la D.G.R. n. 14-2976 del 7 agosto 2026, recante “Approvazione, in attuazione alla D.G.R. n. 2-2750 del 30 giugno 2026 e con valenza sperimentale per il periodo 2026-2028, dei criteri per la definizione delle modalità di erogazione di un contributo economico a sostegno della domiciliarità a favore di persone adulte affette da atrofia muscolare spinale (SMA) malattia neuromuscolare rara, di cui al Piano nazionale malattie rare 2023-2026. Dotazione finanziaria pari ad euro 4.000.000,00”, demanda alla Direzione “Sanità” l’adozione degli atti e dei provvedimenti necessari per l’attuazione della presente deliberazione, ivi comprese, in particolare, le modalità tecnico-operative per la realizzazione della suddetta sperimentazione.

Dato atto che all’Allegato A), quale parte integrante e sostanziale della D.G.R. n. 14-2976 del 7 agosto 2026, è stabilito che l’ASL di residenza che ha in carico il paziente, dopo l’acquisizione dal Centro regionale di riferimento dell’A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino del certificato che prova la malattia (SMA2 e SMA3) e il conseguente livello di gravità attiverà, senza oneri aggiuntivi, un fascicolo personale del paziente per il quale si rilascia la contribuzione, nel quale annoterà: la certificazione della malattia; il livello di gravità della stessa; l’entità contributiva

mensile concessa.

Considerato che:

- la certificazione di stadiazione della malattia e il grado di gravità sarà valutato dal Centro di riferimento regionale per le Malattie Rare Neuromuscolari – ERN EURO-NMD, S.C. Neurologia 1U dell'AOU Città della Salute e della Scienza;
- la contribuzione aziendale mensile sarà definita in funzione del grado di gravità medio, elevato, elevato con tracheotomia;
- la domanda di richiesta di erogazione del contributo in oggetto dovrà essere fatta dall'avente diritto indirizzandola al Direttore generale e al Direttore di distretto dell'ASL di residenza con l'apposito modulo.

Ritenuto opportuno definire una specifica modulistica al fine di permettere alle Aziende Sanitarie Locali, tramite i Distretti Sanitari, di dare attuazione alle azioni di cui all'alinea precedente, che comprende:

- Allegato A: Modulo di certificazione di stadiazione della SMA dell'adulto (SMA tipo 2 e 3);
- Allegato B: Modulo per domanda di contributo indirizzata al Direttore generale dell'ASL e al Direttore di Distretto sanitario di residenza del beneficiario.

Dato atto che la Direzione regionale "Sanità" ha elaborato, con il supporto del Centro di riferimento regionale per le Malattie Rare Neuromuscolari – ERN EURO-NMD dell'AOU Città della Salute e della Scienza dell'AOU Città della Salute e della Scienza, il modulo di certificazione di stadiazione della SMA dell'adulto (SMA tipo 2 e 3), allegato A) quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Considerato che le persone adulte affette da SMA di tipo 2 e 3, che beneficiano già di altri contributi economici a sostegno della domiciliarità per la lungo assistenza, nonché dei progetti di Vita indipendente, disciplinati dalle Linee guida approvate dalla D.G.R. n. 51-8960 del 16 maggio 2019, possono presentare la domanda per ottenere il contributo economico oggetto del presente provvedimento, ma, nel momento in cui quest'ultimo contributo viene riconosciuto, verranno revocati eventuali altri contributi succitati.

Per quanto sopra, risulta pertanto necessario:

- stabilire che le Aziende sanitarie, tramite i Distretti sanitari, diano attuazione alle azioni previste all'Allegato A), quale parte integrante e sostanziale della D.G.R. n. 14-2976 del 7 agosto 2026, individuando per ciascun distretto una struttura organizzativa, atta ad accogliere e gestire le domande di contributo economico a sostegno della domiciliarità a favore di persone adulte affette da atrofia muscolare spinale (SMA), entro 15 gg dalla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale regionale del presente provvedimento, dandone contestualmente comunicazione alla Regione Piemonte, Direzione Sanità e Direzione Welfare;

- approvare, per le motivazioni espresse in premessa, la specifica modulistica necessaria:

- Allegato A: Modulo di certificazione di stadiazione della SMA dell'adulto (SMA tipo 2 e 3);
- Allegato B: Modulo per domanda di contributo indirizzata al Direttore generale dell'ASL e al Direttore di Distretto sanitario di residenza del beneficiario;

- stabilire che le Aziende sanitarie, al momento del rilascio del contributo di cui al presente provvedimento, hanno l'obbligo di darne segnalazione al servizio sociale di residenza del paziente;

- rinviare a successivo provvedimento la definizione delle modalità di monitoraggio degli interventi attuati e dei finanziamenti erogati.

Attestato che il presente provvedimento non comporta effetti prospettici sulla gestione finanziaria, economica e patrimoniale della Regione Piemonte.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. n. 8-8111 del 25 gennaio 2024.

Tutto ciò premesso,

IL DIRETTORE

Richiamati i seguenti riferimenti normativi:

- il D.Lgs. n. 165 del 30 marzo 2001 e s.m.i. (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche);
- la L.R. n. 23/2008 "Disciplina dell'organizzazione degli Uffici regionali e disposizioni concernenti la dirigenza ed il personale";
- il D.M. n. 279 del 18 maggio 2001;
- il Piano Socio Sanitario della Regione Piemonte 2025-2030 approvato con la D.C.R. n. 137-27771 del 22 dicembre 2025;
- la D.G.R. n. 2-2750 del 30 giugno 2026;
- la D.G.R. n. 14-2976 del 7 agosto 2026.;

*determina*

per le motivazioni espresse in premessa,

- di stabilire che le Aziende sanitarie, tramite i Distretti sanitari, diano attuazione alle azioni previste all'Allegato A), quale parte integrante e sostanziale della D.G.R. n. 14-2976 del 7 agosto 2026, individuando per ciascun distretto una struttura organizzativa, atta ad accogliere e gestire le domande di contributo economico a sostegno della domiciliarità a favore di persone adulte affette da atrofia muscolare spinale (SMA), entro 15 gg dalla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale Regionale del presente provvedimento, dandone contestualmente comunicazione alla Regione Piemonte, Direzione Sanità e Direzione Welfare;

- di approvare, per le motivazioni espresse in premessa, la specifica modulistica necessaria:

- Allegato A: Modulo di certificazione di stadiazione della SMA dell'adulto (SMA tipo 2 e 3);
- Allegato B: Modulo per domanda di contributo indirizzata al Direttore generale dell'ASL e al Direttore di Distretto sanitario di residenza del beneficiario;

- di stabilire che le Aziende sanitarie, al momento del rilascio del contributo di cui al presente provvedimento, hanno l'obbligo di darne segnalazione al servizio sociale di residenza del paziente;

- di rinviare a successivo provvedimento la definizione delle modalità di monitoraggio degli interventi attuati e dei finanziamenti erogati;

- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio regionale;

- di dare atto che il presente atto non comporta effetti prospettici sulla gestione finanziaria, economica e patrimoniale della Regione Piemonte, come attestato in premessa.

La presente determinazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dall'art. 5 della legge regionale n. 22/2010.

IL DIRETTORE (A1400B - SANITA')  
Firmato digitalmente da Antonino Sottile

Si dichiara che sono parte integrante del presente provvedimento gli allegati riportati a seguire <sup>1</sup>, archiviati come file separati dal testo del provvedimento sopra riportato:

1. ALLEGATO\_A\_Modulo\_certificazione\_SMA.pdf
2. ALLEGATO\_B\_\_Modulo\_domanda\_contributo\_SMA.pdf



Allegato



---

<sup>1</sup> L'impronta degli allegati rappresentata nel timbro digitale QRCode in elenco è quella dei file pre-esistenti alla firma digitale con cui è stato adottato il provvedimento

**AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CITTÀ DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO**  
Centro di riferimento regionale per le Malattie Rare Neuromuscolari – ERN EURO-NMD  
S.C. Neurologia 1 U. – Via Cherasco 15, 10126 Torino  
Tel. 011.633.5439 – Fax 011.633.6454

---

## **CERTIFICAZIONE DI STADIAZIONE DELLA SMA DELL'ADULTO (SMA tipo 2 e tipo 3)**

D.G.R. n. 14-2976 del 07/08/2026 – Allegato A – Contributo economico a sostegno della domiciliarità

### **1 – DATI ANAGRAFICI**

|                        |                                |
|------------------------|--------------------------------|
| Nome _____             | Cognome _____                  |
| Nato/a a _____         | il _____                       |
| Residente a _____      | Prov. _____                    |
| Via/Piazza _____       | n. CAP _____                   |
| Tel. _____             | Cod. Fiscale _____             |
| ASL di residenza _____ | Caregiver di riferimento _____ |

### **2 – CERTIFICAZIONE DI MALATTIA**

|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Codice ICD-9-CM patologia principale</b> | 335.11 – Atrofia muscolare spinale dell'adulto<br>(altro codice: _____)                                                                                                                                                                                  |
| <b>Codice esenzione malattia rara</b>       | RFG050 – Atrofia Muscolare Spinale                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Conferma genetica</b>                    | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Tipo di SMA</b>                          | <input type="checkbox"/> SMA tipo 2 <input type="checkbox"/> SMA tipo 3a <input type="checkbox"/> SMA tipo 3b<br>Classificazione funzionale attuale: <input type="checkbox"/> walker <input type="checkbox"/> sitter <input type="checkbox"/> non-sitter |
| <b>Esordio e decorso</b>                    | Età di esordio: _____ Deambulazione autonoma acquisita: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no<br>Età/anno di perdita della deambulazione: _____                                                                                        |

### 3 – TABELLA PER LA VALUTAZIONE CLINICA FUNZIONALE (SMA dell'adulto)

Crociare per ciascuna funzione la casella corrispondente al livello che descrive la condizione attuale del paziente. Il livello 4 in una qualsiasi delle funzioni contrassegnate con (\*) determina di per sé il grado di gravità ELEVATO (v. sezione 5).

| FUNZIONE                                     | LIVELLO 1                                                                                                                        | LIVELLO 2                                                                                                                                           | LIVELLO 3                                                                                                                                            | LIVELLO 4                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RESPIRAZIONE (*)</b>                      | <input type="checkbox"/> Nessun supporto ventilatorio; CVF seduto $\geq 60\%$ del teorico; tosse efficace (PCF $\geq 270$ L/min) | <input type="checkbox"/> Nessun supporto ventilatorio; CVF 40–59%; ipoventilazione notturna iniziale e/o assistenza alla tosse saltuaria            | <input type="checkbox"/> NIV $\leq 14$ ore/die; CVF $< 40\%$ ; assistenza meccanica alla tosse regolare                                              | <input type="checkbox"/> NIV $> 14$ ore/die; OPPURE tracheostomia con ventilazione invasiva                                                  |
| <b>DEGLUTIZIONE / NUTRIZIONE</b>             | <input type="checkbox"/> Alimentazione per os autonoma; nessuna disfagia                                                         | <input type="checkbox"/> Disfagia per alcune consistenze; modifiche dietetiche; tempi del pasto prolungati; calo ponderale $< 5\%$                  | <input type="checkbox"/> Disfagia con necessità di addensanti e/o supplementi nutrizionali orali; calo ponderale $\geq 5\%$ ; episodi di ab ingestis | <input type="checkbox"/> Nutrizione enterale via PEG o SNG (parziale o totale)                                                               |
| <b>ALIMENTARSI</b>                           | <input type="checkbox"/> Si alimenta da solo; necessita al più di aiuto per la preparazione del cibo                             | <input type="checkbox"/> Porta la mano alla bocca solo con compenso (appoggio del gomito, ausili); aiuto per la preparazione                        | <input type="checkbox"/> Necessita di aiuto per portare il cibo alla bocca in alcuni pasti                                                           | <input type="checkbox"/> Dipendenza completa per l'alimentazione                                                                             |
| <b>DEAMBULAZIONE / SPOSTAMENTI (*)</b>       | <input type="checkbox"/> Deambulazione autonoma e funzionale anche in esterno, con o senza ortesi; sale le scale                 | <input type="checkbox"/> Deambulazione autonoma limitata (interni/brevi distanze); cadute ricorrenti; non sale le scale; carrozzina per gli esterni | <input type="checkbox"/> Perdita della deambulazione autonoma; spostamenti in carrozzina manuale sospinta autonomamente                              | <input type="checkbox"/> Perdita della deambulazione con carrozzina elettronica per assenza di forza di spinta, o incapacità di autoguidarla |
| <b>STATICA SEDUTA E PASSAGGI POSTURALI</b>   | <input type="checkbox"/> Statica seduta e passaggi posturali autonomi                                                            | <input type="checkbox"/> Statica seduta autonoma; passaggi posturali faticosi o con aiuto saltuario                                                 | <input type="checkbox"/> Statica seduta solo con appoggio/contenimento; trasferimenti con aiuto di una persona o sollevatore                         | <input type="checkbox"/> Perdita della statica seduta autonoma (non-sitter); trasferimenti con sollevatore                                   |
| <b>FUNZIONE DEGLI ARTI SUPERIORI</b>         | <input type="checkbox"/> Solleva entrambe le braccia sopra il capo contro gravità                                                | <input type="checkbox"/> Solleva le braccia fino all'altezza della spalla; difficoltà nelle attività sopra il capo                                  | <input type="checkbox"/> Non solleva le braccia contro gravità; mano alla bocca possibile solo con compenso                                          | <input type="checkbox"/> Non porta la mano alla bocca; funzione residua solo distale (dita/polso)                                            |
| <b>CURA DI SÉ / TOILETTE / VESTIRSI</b>      | <input type="checkbox"/> Autonomo, pur con lentezza o difficoltà                                                                 | <input type="checkbox"/> Aiuto saltuario o uso di ausili; aiuto costante solo per specifiche attività                                               | <input type="checkbox"/> Aiuto per la maggior parte delle attività                                                                                   | <input type="checkbox"/> Dipendenza completa da una persona                                                                                  |
| <b>COMUNICAZIONE</b>                         | <input type="checkbox"/> Eloquentia normale                                                                                      | <input type="checkbox"/> Riduzione dell'intensità della voce e/o della lunghezza della frase per deficit del mantice respiratorio                   | <input type="checkbox"/> Eloquentia comprensibile solo a breve distanza; affaticamento fonatorio marcato                                             | <input type="checkbox"/> Necessità di ausilio per la comunicazione (amplificatore, comunicatore)                                             |
| <b>COMPLICANZE OSTEO-ARTICOLARI E DOLORE</b> | <input type="checkbox"/> Assenti o minime                                                                                        | <input type="checkbox"/> Scoliosi non chirurgica; retrazioni articolari iniziali; dolore occasionale                                                | <input type="checkbox"/> Scoliosi grave ( $> 40^\circ$ Cobb) e/o artrodesi vertebrale; retrazioni multiple; dolore quotidiano in terapia             | <input type="checkbox"/> Retrazioni gravi che impediscono il posizionamento; fratture patologiche ricorrenti; dolore non controllato         |

#### 4 – SCALE MOTORIE VALIDATE (Allegato A, punto 4)

Compilare almeno una delle due scale; in caso di somministrazione di entrambe, prevale quella abitualmente utilizzata dal Centro per il monitoraggio longitudinale del paziente. La valutazione deve essere stata eseguita entro i 6 mesi precedenti la certificazione.

| SCALA                                                                | RANGE  | PUNTEGGIO OTTENUTO | DATA        | SOGLIA COMPATIBILE CON GRAVITÀ ELEVATA |
|----------------------------------------------------------------------|--------|--------------------|-------------|----------------------------------------|
| <b>HFMSE</b><br><i>Hammersmith Functional Motor Scale – Expanded</i> | 0 – 66 | ____ / 66          | ___/___/___ | ≤ 30 / 66                              |
| <b>RULM</b><br><i>Revised Upper Limb Module</i>                      | 0 – 37 | ____ / 37          | ___/___/___ | ≤ 30 / 37                              |

#### 5 – DETERMINAZIONE DEL GRADO DI GRAVITÀ

##### CRITERI DETERMINANTI (milestone funzionali)

**GRAVITÀ ELEVATA con tracheotomia – è sufficiente il criterio seguente:**

☐ **Tracheostomia in atto con ventilazione meccanica invasiva**

**GRAVITÀ ELEVATA – è sufficiente UNO qualsiasi dei criteri seguenti:**

- ☐ Perdita della deambulazione autonoma: incapacità di percorrere 10 metri senza l'appoggio di una persona, ovvero uso della carrozzina per tutti gli spostamenti (livello 3 o 4 alla voce Deambulazione)
- ☐ Perdita della statica seduta autonoma – non-sitter (livello 4 alla voce Statica seduta)
- ☐ Perdita della funzione antigravitaria degli arti superiori con incapacità di portare la mano alla bocca (livello 4 alla voce Funzione arti superiori o Alimentarsi)
- ☐ Ventilazione non invasiva > 14 ore/die (livello 4 alla voce Respirazione)
- ☐ Nutrizione enterale in atto via PEG o SNG, parziale o totale (livello 4 alla voce Deglutizione/Nutrizione)

**GRAVITÀ MEDIA – non ricorre alcuno dei criteri di gravità elevata sopra elencati ed è presente almeno UNA delle condizioni seguenti:**

- ☐ b1) Deambulazione autonoma conservata ma limitata ad ambienti interni e/o a brevi distanze, con cadute o necessità di ausili e uso della carrozzina per gli esterni (livello 2 alla voce Deambulazione); OPPURE
- ☐ b2) Statica seduta autonoma conservata con necessità di aiuto per i trasferimenti e per la maggior parte delle attività di cura di sé (livello 3 alle voci Statica seduta e/o Cura di sé); OPPURE
- ☐ b3) NIV notturna ≤ 14 ore/die e/o assistenza meccanica alla tosse regolare, ovvero CVF < 40% del teorico (livello 3 alla voce Respirazione); OPPURE
- ☐ b4) Disfagia che richiede modifiche di consistenza e/o supplementi nutrizionali orali, con calo ponderale ≥ 5% (livello 3 alla voce Deglutizione/Nutrizione)

**GRAVITÀ LIEVE – non eleggibile al contributo:**

- ☐ Deambulazione autonoma e funzionale anche in esterno; autonomia conservata o quasi nelle attività della vita quotidiana; assenza di supporto ventilatorio e nutrizionale (prevalenza di livelli 1 nella tabella della sezione 3)

#### 6 – ESITO DELLA VALUTAZIONE

|                          | GRADO DI GRAVITÀ                | CRITERIO SODDISFATTO                                                       | CONTRIBUTO MENSILE |
|--------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | <b>LIEVE – non eleggibile</b>   | Nessun criterio di gravità media o elevata                                 | —                  |
| <input type="checkbox"/> | <b>MEDIO</b>                    | Sezione 5 – almeno uno fra b1–b4, in assenza di criteri di gravità elevata | <b>800,00 €</b>    |
| <input type="checkbox"/> | <b>ELEVATO</b>                  | Sezione 5 – almeno un criterio di gravità elevata                          | <b>1.500,00 €</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <b>ELEVATO con tracheotomia</b> | Tracheostomia con ventilazione invasiva in atto                            | <b>2.000,00 €</b>  |

**7 – TIPO DI VALUTAZIONE, NOTE E SOTTOSCRIZIONE**

---

☐ Prima valutazione      ☐ Rivalutazione (precedente del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

Si consiglia rivalutazione in caso di modificazione clinica significativa.

**Note:**

| LUOGO E DATA | TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CERTIFICATORE |
|--------------|-----------------------------------------|
| <div></div>  | <div></div>                             |

## ALLEGATO B

Al Direttore di Distretto  
Al Direttore Generale  
Azienda Sanitaria Locale \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Medico di Medicina Generale: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

in qualità di:

- ☐ diretto interessato
- ☐ tutore
- ☐ amministratore di sostegno

chiede

il contributo economico a sostegno della domiciliarità per le persone adulte affette da SMA 2 o 3  
ai sensi della D.G.R. n. 14-2976 del 7 agosto 2026.

**SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**

IL SIG./ LA SIG.RA \_\_\_\_\_

in qualità di:

- ☐ convivente (specificare) .....  
☐ prossimo congiunto (specificare grado di parentela).....  
☐ altro (specificare) .....

chiede

il contributo economico a sostegno della domiciliarità per le persone adulte affette da SMA 2 o 3 ai sensi della D.G.R. n. 14-2976 del 7 agosto 2026

a favore di

Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

A tal fine:

- Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.
- Informato che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati secondo quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.

## COMUNICA CHE

Il/la suddetto/a Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

riceve o ha ricevuto interventi da:

|                                                        |         |       |
|--------------------------------------------------------|---------|-------|
| Servizio sanitario<br>(barrare la voce corrispondente) | Si   No | Quale |
| Servizio sociale<br>(barrare la voce corrispondente)   | Si   No | Quale |

Allega alla presente domanda la Certificazione di Stadiazione predisposta dal Centro di Riferimento regionale per le malattie rare Neuromuscolari – ERN EURO-NMD, S.C. Neurologia 1 U, AOU Città della Salute e della Scienza, Torino.

## CHIEDE CHE

eventuali comunicazioni al riguardo siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
Via / Piazza \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

## CONSENSO

Ricevuta l'informativa e consapevole delle modalità e finalità del trattamento, secondo quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Timbro e Firma dell'operatore che riceve la domanda)

N.B. In caso di variazione di domicilio o rinuncia, deve essere data tempestiva comunicazione alla segreteria del Distretto Sanitario al seguente numero telefonico: \_\_\_\_\_