



AZIENDA	TII	CC	Νī	6
AZIFNIJA	UJI	(.)	N	n

DISTRETTO _____

Impegnativa di Cura Domiciliare

MODULO DI DOMANDA PER L'ACCESSO ALL'IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI - **DGR 1338 DEL 30.07.2013**

Al Direttore del Distretto Socio-Sanitario	dell'Azienda ULSS n. 6
Il sottoscritto (cognome e nome)	
nato/a a	_ () il _ _
Codice Fiscale	
residente nel Comune di	()
in via n fraz	
telefono email (facoltativo)	
in qualità di:	
□persona direttamente interessata	
□legale rappresentante (□tutore,□ curatore, □amministratore di sost	egno ai sensi della Legge 6/2004);
□familiare (□convivente,□non convivente) (grado di parentela:)
□persona (□convivente,□non convivente) di cui il servizio sociale ha a garantire adeguata assistenza alla persona non autosufficiente.	accertato che provvede effettivamente
1. Presenta domanda di Impegnativa di Cura D	omiciliare a favore di:
(cognome e nome)	
nato/a a	. () il _
Codice Fiscale	

residente nel Comune di			()
in via	n	frazione	
telefono _ _ _ _			
indicare se diverso dalla residenza:			
domiciliato nel Comune di			()
in via	n	frazione	
telefono _ _ _ _ _ _			
Medico di Medicina Generale, dr			

2. Per la seguente tipologia di Impegnativa di Cura Domiciliare:

Impegnativa di Cura Domiciliare di basso bisogno assistenziale (ICDb)
Impegnativa di Cura Domiciliare di medio bisogno assistenziale (ICDm)
Impegnativa di Cura Domiciliare per i servizi con alto bisogno assistenziale (ICDa)
Impegnativa di Cura Domiciliare per utenti con grave disabilità psichica e intellettiva (ICDp)
Impegnativa di Cura Domiciliare per utenti con grave disabilità fisica e motoria(ICDf)

3. A tal fine, il sottoscritto dichiara:

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del DPR 445/2000:

- che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;
- 2) l'impegno della famiglia a garantire le risorse umane necessarie ad assicurare adeguata assistenza a favore della persona interessata presso il suo domicilio;
- 3) la disponibilità propria e dei familiari a collaborare con le persone incaricate a raccogliere informazioni sulla condizione della persona non autosufficiente, fornendo con correttezza le informazioni richieste;
- 4) nel caso di persona affetta da demenza accompagnata da gravi disturbi comportamentali, dichiara la disponibilità propria e dei familiari a collaborare nella valutazione delle condizioni cliniche della persona interessata, con le seguenti modalità:
 - a. disponibilità ad accompagnare presso la sede che sarà indicata dall'Azienda ULSS;
 - b. disponibilità presso il domicilio della persona interessata, per impossibilità della stessa ad essere trasportata;
- 5) che la famiglia (o la persona interessata) sostiene gli oneri per l'assistenza alla persona non autosufficiente sopra indicata da parte di assistente familiare (o personale),come previsto dalla vigente normativa nazionale;
- 6) di essere a conoscenza che la mancata presentazione della Dichiarazione Sostitutiva Unica o dell'Attestazione ai fini ISEE, di cui al punto 6), comporta l'esclusione dal beneficio;

connesse alla precedente domanda come da allegato 5 comporta l'esclusione dal beneficio;
8) che la persona di riferimento é:
(cognome e nome)
nato/a a () il _ _ _ _
Codice Fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _
residente nel Comune di ()
in via n frazione
telefono _ _ _ _
4. Delega alla riscossione:
Il sottoscritto, sollevando l'Ente da ogni responsabilità, chiede che la liquidazione dell'Impegnativa di Cura Domiciliare, qualora erogata in forma di contributo economico, venga effettuata mediante accredito sul conto corrente bancario o postale intestato:
☐ al beneficiario (persona non autosufficiente per la quale è presentata la domanda)
☐ al legale rappresentante/persona di riferimento (come sopra specificato)
ed identificato dal seguente codice IBAN:
nazione controllo CINABI CAB numero di CC
5. Collaborazione per l'aggiornamento:
Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunicando tempestivamente, entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute

rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona non autosufficiente:

- a) l'ingresso in una struttura residenziale a titolo definitivo;
- b) i periodo di ricovero temporaneo in struttura residenziale;
- c) il decesso;
- d) le variazioni rilevanti e stabili del livello di autonomia e del livello delle prestazioni offerte alla persona non autosufficiente (queste variazioni saranno verificate dal Servizio Sociale);
- e) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;
- f) il cambiamento della persona di riferimento;
- g) Le variazioni del soggetto delegato alla riscossione del beneficio.

6. Controllo della qualità assistenziale (ICDb – ICDm – ICDa):

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che saranno attivate, con cadenza almeno trimestrale, forme di controllo in merito alla qualità assistenziale conseguita con l'erogazione dell'ICD, attraverso visite domiciliari dell'assistente sociale o di operatori distrettuali, nell'ambito degli accessi di ADI, qualora la persona non autosufficiente sia presa in carico, ovvero effettuati dall'assistente sociale, su disposizione del Comune o dall'ente delegato negli altri casi (riferiti solo all'ICDb).

L'operatore domiciliare o l'assistente sociale sono incaricati di osservare la situazione familiare, di formulare domande e di accedere ai luoghi dove vengono accudite le persone (es. camera da letto, bagno), tenuti i farmaci e dove vengono conservati i cibi e gli alimenti (frigo, dispensa). La valutazione dell'adeguatezza è soggettiva e deve essere utilizzata solo per eventuale innesco di rivalutazione dei bisogni e del piano assistenziale della persona (es. UVMD) da concordarsi con il case manager (assistente sociale, medico di medicina generale, responsabile cure primarie del distretto).

Per il controllo verrà utilizzata la seguente check-list di valutazione, i cui contenuti sono portati a conoscenza del richiedente, unitamente all'informazione che le check-list, una volta compilate, verranno inserite nel fascicolo personale dell'utente, presso il Comune (o l'Ente delegato) o il Distretto socio sanitario dell'ULSS di residenza o domicilio.

CHECK-LIST DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA EROGATA A SOGGETTI BENEFICIARI DI IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE (ICD)

A SOGGETTI BENEFICIARI DI IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE (ICD)				
Attività	Controllo effettuato	Adeguatezza	Note o commenti	
01.Pulizia e igiene della persona	□si, □no	□si, □no		
02.Situazione vestiario e calzature	□ si, □ no	□ si, □ no		
03.Presidi per la mobilità della persona / ausili	□ si, □ no	□ si, □ no		
04.Convivenza con altre persone	□ si, □ no	□ si, □ no		
05.Situazione nutrizionale della persona	□ si, □ no	□ si, □ no		
06.Presenti in casa farmaci prescritti o da banco	□ si, □ no	□ si, □ no		
07.Farmaci in ordine con evidenza di somministrazione regolare	□ si, □ no	□ si, □ no		
08.Sorveglianza sull'incolumità della persona	□ si, □ no	□ si, □ no		
09.Evidenza di preparazione pasti caldi*	□ si, □ no	□ si, □ no		
10.Disponibilità cibo in casa*	□ si, □ no	□ si, □ no		
11.Convivenza con animali domestici*	□ si, □ no	□ si, □ no		
12.Sicurezza ambientale (rischio cadute, infortuni)*	□ si, □ no	□ si, □ no		
13.Pulizia della casa*	□ si, □ no	□ si, □ no		
14.Riordino della casa*	□ si, □ no	□ si, □ no		
15.Riscaldamento (inverno)*	□ si, □ no	□ si, □ no		
16.Condizionamento (estate)*	□ si, □ no	□ si, □ no		
17.Compagnia, supporto anche da persone non conviventi*	□ si, □ no	□ si, □ no		
18.Sicurezza ambientale (altri rischi)*	□ si, □ no	□ si, □ no		
19.Utenze (gas, energia el., acqua, telefono)*	□ si, □ no	□ si, □ no		
20.Altre situazioni di rilievo (specificare:	□si, □no	⊒si, ⊒no		
21.Altre situazioni di rilievo (specificare:	□si, □no	□si, □no		
* Facoltativo per ICDa e ICDp				
In fada				
In fede,				
Luogo, Data _ _ _ _ _				
Il dichiarante				
	ii dicilial ante			
		(firma	leggibile)	

□ Allegata copia del documento di identità.
□ Annotazione estremi del documento di identità:
Tipo: □Carta di identità, □Patente di guida,□Altro (______)

Numero:
Rilasciato il | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ da _____

Informativa agli utenti sul trattamento dei dati personali (art. 13 - Regolamento UE 2016/679)

Gentile signora/signore,

La presente Informativa viene resa dall'Azienda ULSS 6 Euganea (nel prosieguo "Azienda") ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (nel prosieguo, "GDPR"), relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

FINALITÀ DEL TRATTAMENTO E BASE GIURIDICA

I Suoi dati personali saranno trattati per le seguenti finalità:

- 1. svolgere tutte le attività necessarie in tema di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del Suo stato di salute, compresa, all'atto del **ricovero** e della dimissione, l'eventuale raccolta di informazioni dal personale medico e sanitario e dai servizi sanitari distrettuali, nonché in caso di **prestazioni ambulatoriali** e di prestazioni dell'Unità operativa di **Pronto Soccorso** e in caso di bisogno, anche dai servizi sociosanitari domiciliari gestiti in maniera integrata tra Azienda e Comuni; per tale finalità la base giuridica del trattamento è costituita dalla necessità di tutelare il Suo interesse vitale, tramite diagnosi, assistenza o terapia sanitaria, ovvero gestione dei sistemi e servizi sanitari.
- 2. espletare gli adempimenti amministrativi e gestionali, svolgere attività di monitoraggio e valutazione dei servizi sanitari ed effettuare e/o consentire a terzi di effettuare ricerca statistica ed epidemiologica per finalità di tutela dell'incolumità fisica e della salute di terzi e della collettività; per tale finalità, la base giuridica del trattamento è costituita dalla necessità di adempiere ad obblighi legali e/o contrattuali cui è soggetto il titolare del trattamento;
- 3. gestire l'eventuale contenzioso; per tale finalità, la base giuridica del trattamento è costituita dalla necessità di accertare, esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria o ogniqualvolta le autorità giurisdizionali esercitino le loro funzioni;
- 4. agevolare l'accesso ai visitatori nel corso del **ricovero ospedaliero**; tale finalità potrà essere perseguita solo previo Suo consenso;
- 5. permetterLe di accedere al servizio di consultazione online dei referti, messo a disposizione dall'Azienda per la stampa e l'archiviazione dei referti sul Suo pe o dispositivo mobile: si ricorda a tal proposito che Il referto on-line sarà disponibile per un tempo limitato, massimo 45 giorni, ma deve essere comunque scaricato entro 30 gg dalla data di refertazione per non incorrere nel pagamento dell'intero costo della prestazione, come previsto dalla normativa vigente; tale finalità potrà essere perseguita solo previo Suo consenso;
- 6. consentire al Suo Medico di Medicina Generale (MMG) o Pediatra di Libera scelta (PLS) di acquisire automaticamente ed in via telematica i suoi esami/referti; tale finalità potrà essere perseguita solo previo Suo consenso.

PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

Luggo

I dati forniti saranno conservati per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti e, successivamente, per il tempo previsto dalle disposizioni normative e regolamentari vigenti applicabili.

NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI E CONSEGUENZE SUL MANCATO CONFERIMENTO

Il conferimento dei dati ai fini dell'erogazione delle prestazioni sanitarie è obbligatoria. Il rifiuto di fornire i dati richiesti comporta, a seconda dei casi, l'impossibilità di accedere alle prestazioni sanitarie e/o l'impossibilità di ottenere i benefici economici richiesti e/o previsti dalla normativa vigente.

Il conferimento dei dati relativi al Suo stato di salute affinché siano comunicati ai Suoi familiari è facoltativo e, in mancanza, Lei potrà comunque beneficiare delle prestazioni sanitarie: pertanto, in occasione di ogni ricovero Le verrà chiesto di indicare a quali soggetti desideri far conoscere tali informazioni.

Il conferimento dei dati per le finalità di cui ai punti 5 e 6 è facoltativo: pertanto, un eventuale diniego del consenso al trattamento Le impedirà di usufruire dei rispettivi servizi ma Le consentirà di beneficiare della prestazione ambulatoriale.

MODALITÀ DEL TRATTAMENTO

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, sia informatica sia cartacea, con modalità e strumenti volti a garantire la massima sicurezza e riservatezza.

CATEGORIE DEI DESTINATARI

Esclusivamente per le finalità sopra specificate, tutti i dati raccolti ed elaborati potranno essere comunicati a figure interne autorizzate al trattamento in ragione delle rispettive mansioni e secondo i profili attribuiti agli stessi (compresi medici in formazione specialistica, tirocinanti, ecc.), nonché, nei casi stabiliti da leggi, regolamenti o per svolgimento di funzioni istituzionali, alle seguenti categorie di soggetti esterni:

- a) soggetti pubblici (*Aziende Sanitarie*) e/o privati (*es. Strutture sanitarie private, Case di riposo*), medici convenzionati, coinvolti nel percorso diagnostico terapeutico, in caso di trasferimento;
- b) altri Enti del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale (es. invio delle schede di dimissione *ospedaliera, attività di screening*);
- c) altri Enti pubblici;
- d) Comune di residenza (es. dati relativi a nascite e decessi, trattamenti sanitari obbligatori);
- e) compagnia assicurativa dell'Azienda al fine di tutelare gli operatori e l'Azienda stessa nelle ipotesi di responsabilità;
- f) Enti Previdenziali per gli scopi connessi alla tutela della persona assistita:
- g) Autorità Giudiziaria e/o Autorità di Pubblica Sicurezza, nei casi espressamente previsti dalla legge.

Tra i soggetti coinvolti nelle attività di trattamento, sono compresi inoltre imprese esterne, alle quali è affidato il compito di svolgere specifiche operazioni necessarie per garantire i servizi dell'Azienda, nei limiti strettamente pertinenti alle finalità di cui sopra, e i fornitori di beni e servizi di sviluppo, erogazione e gestione operativa delle piattaforme tecnologiche impiegate nell'azienda (ad esempio: portale per consultazione referti online; fornitura strumenti di diagnostica), tutti previamente nominati quali "responsabili esterni" ai sensi dell'art. 28 del Regolamento,

TRASFERIMENTO DATI VERSO UN PAESE TERZO E/O UN'ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE

I Suoi dati personali non saranno oggetto di trasferimento presso Paesi Terzi non europei.

Il Titolare del trattamento si riserva però la possibilità di utilizzare servizi in cloud: in tal caso i fornitori di tali servizi saranno selezionati tra coloro che forniranno garanzie adeguate, così come previsto dall'art. 46 GDPR.

DIRITTI DEGLI INTERESSATI

Lei ha il diritto (artt. 15 - 22 del GDPR) di chiedere all'Azienda di accedere ai Suoi dati personali e di rettificarli se inesatti, di cancellarli o limitarne il trattamento, se ne ricorrono i presupposti, nonché di ottenere la portabilità dei dati da Lei forniti - solo se oggetto di un trattamento automatizzato basato sul Suo consenso o sul contratto -. Lei ha altresì il diritto di revocare il consenso prestato per le finalità di trattamento che lo richiedono, ferma restando la liceità del trattamento effettuato sino al momento della revoca.

Lei potrà esercitare i diritti sopra indicati contattando la UOC Affari Generali inviando un'e-mail all'indirizzo "privacy@aulss6.veneto.it". Lei ha anche il diritto di proporre reclamo, ai sensi dell'art. 77 del GDPR, all'autorità di controllo competente in materia (in Italia il Garante per la protezione dei dati personali).

SOGGETTI DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è l'Azienda U.L.S.S. 6 Euganea.

Il Titolare ha nominato il responsabile della protezione dei dati, ai sensi dell'art. 37 del GDPR, nella persona dell'avv. Pierluigi Cervato dello Studio Cervato Law & Business di Padova, indirizzo email: rpd ssrveneto@cervato.it

Data _ _ _ _ _	
	Il dichiarante
	(firma leggibile)