

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

Attività	Controllo effettuato	Adeguatezza	Note o commenti
01. Pulizia e igiene della persona	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
02. Situazione vestiario e calzature	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
03. Presidi per la mobilità della persona / ausili	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
04. Convivenza con altre persone	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
05. Situazione nutrizionale della persona	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
06. Presenti in casa farmaci prescritti o da banco	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
07. Farmaci in ordine con evidenza di somministrazione regolare	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
08. Sorveglianza sull'incolumità della persona	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
09. Evidenza di preparazione pasti caldi*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
10. Disponibilità cibo in casa*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
11. Convivenza con animali domestici*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
12. Sicurezza ambientale (rischio cadute, infortuni)*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
13. Pulizia della casa*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
14. Riordino della casa*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
15. Riscaldamento (inverno)*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
16. Condizionamento (estate)*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
17. Compagnia, supporto anche da persone non conviventi*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
18. Sicurezza ambientale (altri rischi)*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
19. Utenze (gas, energia el., acqua, telefono)*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
20. Altre situazioni di rilievo (specificare: _____)*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	
21. Altre situazioni di rilievo (specificare: _____)*	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì, <input type="checkbox"/> no	

* Facoltativo per ICDA e ICDP

In fede,

Luogo, _____

Data |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Il dichiarante

(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 PRIVACY

In osservanza delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali desideriamo informarla che i dati personali e anagrafici da lei forniti formano oggetto di trattamento da parte della Regione del Veneto, del suo Comune di residenza (o dell'Ente da questi delegato) e della Azienda ULSS a cui fa capo il Comune.

1) Quali dati trattiamo?

I dati indispensabili all'identificazione del richiedente l'Impegnativa di Cura Domiciliare (di seguito ICD), della persona non autosufficiente per la quale viene richiesto tale beneficio, i dati sanitari e sociali necessari a valutare il bisogno di cura e la misura con cui tale bisogno viene soddisfatto dalla famiglia e/o dalla rete sociale attivata dal Servizio sociale del Comune o dell'Azienda ULSS, i dati relativi alla situazione economica della famiglia (ISEE) nonché quelli indispensabili a consentire il corretto svolgimento del rapporto professionale e di fiducia con gli uffici preposti all'attuazione e al controllo del progetto assistenziale.

2) Come raccogliamo i dati, perché li trattiamo?

I dati vengono raccolti dagli uffici preposti del Comune (o dell'Ente da questi delegato) o dell'Azienda ULSS tramite il modulo di richiesta compilato dal richiedente, eventualmente anche presso gli sportelli preposti, al fine di aiutare il richiedente stesso nella corretta compilazione della autocertificazione. I dati di tipo sanitario o sociale vengono raccolti e compilati dall'assistente sociale e dal medico di medicina generale (per le ICDB) o dalle UVMD distrettuali per le altre tipologie di ICD, avvalendosi della SVaMA, della SVaMDi e di altri strumenti di valutazione della non autosufficienza. I dati vengono raccolti, oltre che su documenti cartacei, anche tramite la procedura informatica regionale, approvata con DGR 1338/2013, che collega gli Enti sopra elencati, per la valutazione dell'idoneità, l'inserimento nelle graduatorie e nei registri delle ICD. I dati sono trattati per le finalità, esplicite e legittime, che indichiamo qui di seguito:

- Finalità funzionali all'adempimento di obblighi normativi, previsti da leggi, decreti, regolamenti e/o da altri atti ad essi equiparati.
- Finalità funzionali alla gestione dell'ICD e degli adempimenti che da esso dipendono.
- Finalità connesse al controllo dei dati dichiarati, in base ai quali viene valutata l'idoneità e la misura del beneficio, come previsto dalla specifica normativa.
- Finalità informative (per quanto riguarda l'indirizzo email) in merito ad aggiornamenti alla programmazione regionale per la non autosufficienza.

3) E' obbligatorio conferire i dati. Cosa accade se non vengono conferiti?

Il conferimento dei dati personali richiesti è obbligatorio per adempiere alle finalità sopra elencate. Il diniego al trattamento dei dati potrà operare solo per i periodi per i quali non è stato erogato il contributo e comporterà automaticamente la cessazione della valutazione ai fini dell'erogazione del contributo.

4) A chi possono essere comunicati i dati, qual è l'ambito di diffusione?

Nell'ambito delle attività di controllo e amministrativo-contabili si rende necessaria la comunicazione di alcuni dei dati trattati (es.: ragioneria, banche, Agenzia delle Entrate e in genere a tutti gli enti delegati al controllo). Ovviamente rispondiamo alle eventuali intimazioni e alle ordinanze delle Autorità Giudiziarie, nei procedimenti legali, e adempiamo alle disposizioni impartite da Autorità e Organi di vigilanza e controllo.

5) Quali sono i suoi diritti, come farli valere?

Potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti presso l'Ente a cui è stata presentata domanda o che ha preso in carico tale domanda a seguito di trasferimento in altro luogo nella Regione del Veneto.

In relazione al trattamento di dati personali Lei ha diritto:

- di conoscere in ogni momento quali sono i suoi dati personali in nostro possesso e come essi vengano utilizzati.
- di fare aggiornare, integrare, rettificare tali dati nei limiti in cui tali dati non abbiano concorso alla erogazione dell'Assegno di cura in base a sue autocertificazioni dei dati stessi.
- di chiedere la sospensione od opporsi al loro trattamento, inviando una richiesta in tal senso, in qualsiasi forma (fax, e-mail, lettera) al responsabile del trattamento dell'Ente che al momento ha in carico la domanda (Comune o ente delegato, per l'ICDB, Azienda ULSS per le altre tipologie di ICD)

Nell'esercizio di tali diritti può conferire, per iscritto, delega o procura a persone fisiche o ad associazioni.

Dopo aver preso visione dell'informativa di cui sopra, autorizzo il trattamento dei dati contenuti nella domanda per l'ICD nonché dei dati socio sanitari rilevati dagli Enti preposti a tale adempimento e delle successive variazioni che mi impegno a comunicare nel termine di 30 giorni.


In fede,

Luogo, _____

Data |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Il dichiarante

(firma leggibile)

	Logo Azienda ULSS
AZIENDA ULSS N. _____ - COMUNE DI _____	
<h2 style="margin: 0;">Scheda SVaMA semplificata</h2>	
MODELLO APPROVATO CON DGR 1338/2013 PER LA VALUTAZIONE AI FINI DELL'ICD ^b	

(cognome e nome) _____
 nato/a a _____ () il | | | | | | | | | |
 Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 residente nel Comune di _____ ()
 in via _____ n. _____ - frazione _____

PATOLOGIE PRINCIPALI CHE CONCORRONO A DETERMINARE LA SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA
 (da compilare a cura del medico curante)

Descrizione della patologia	Codice ICPC ⁴
Prima patologia	
Eventuale patologia concomitante	
Eventuale 2 ^a patologia concomitante	

OBIETTIVI, NOTE _____

ELEMENTI DI VALUTAZIONE

TOTALE PUNTEGGIO | | | |⁵

Valutazione e punteggio			
Situazione Cognitiva	<input type="checkbox"/> 1 Lucido	<input type="checkbox"/> 2 Confuso	<input type="checkbox"/> 3 Molto confuso, stuporoso
Problemi comportamentali	<input type="checkbox"/> 1 Assenti/Lievi	<input type="checkbox"/> 2 Moderati	<input type="checkbox"/> 3 Gravi
Situazione Funzionale	<input type="checkbox"/> 1 Autonomo o quasi	<input type="checkbox"/> 2 Dipendente	<input type="checkbox"/> 3 Totalmente dipendente
Barthel Mobilità	<input type="checkbox"/> 1 Si sposta da solo	<input type="checkbox"/> 2 Si sposta assistito	<input type="checkbox"/> 3 Non si sposta
Supporto rete sociale⁶	<input type="checkbox"/> 1 Non assistito	<input type="checkbox"/> 2 Parzialmente assistito	<input type="checkbox"/> 3 Ben assistito
Necessità assistenza sanitaria	<input type="checkbox"/> 1 Bassa	<input type="checkbox"/> 2 Intermedia	<input type="checkbox"/> 3 Elevata

Il MMG

L'assistente sociale

 (timbro e firma)

 (timbro e firma)

Data, | | | | | | | | | |

Data, | | | | | | | | | |

⁴ La tabella codici ICPC è riportata nella scheda SVaMA approvata con l'Allegato B della DGR 2961/2012

⁵ Sommare i punteggi di tutte le aree

⁶ La scala di valutazione è invertita rispetto alla SVaMA