

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

In fede,

Luogo, _____

Data | | | | | | | |

Il dichiarante

(firma leggibile)

Allegata copia del documento di identità in corso di validità.

Annotazione estremi del documento di identità:

Tipo: Carta di identità, Patente di guida, Altro _____

Numero _____ Scadenza _____

INFORMATIVA PRIVACY

In osservanza delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali desideriamo informarla che i dati personali e anagrafici da lei forniti saranno gestiti nel rispetto del GDPR 2016/679 da tutti gli enti coinvolti

1) Quali dati trattiamo?

I dati indispensabili all'identificazione del richiedente l'Impugnativa 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 UVM/D distrettuali per le altre tipologie di ICD, avvalendosi della SVaMA semplificata, SVaMA, della SVaMDi e di altri strumenti di valutazione della non autosufficienza. I dati vengono raccolti, oltre che su documenti cartacei, anche con strumenti informatizzati, per la valutazione dell' idoneità, l'inserimento nelle graduatorie e nei registri delle ICD. I dati sono trattati per le finalità, esplicitate e legittime, che indichiamo qui di seguito:

- Finalità funzionali all'adempimento di obblighi normativi, previsti da leggi, decreti, regolamenti o/o da altri atti ad essi equiparati
- Finalità funzionali alla gestione dell'ICD e degli adempimenti che da esso dipendono
- Finalità connessa 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 alle 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. regionale, banche, Agenzia delle Entrate e in genere a tutti gli enti delegati al controllo). Ovviamente rispondiamo alle eventuali informazioni 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 del territorio 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 vengono 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, al responsabile della protezione dei dati dell'Ente che ha preso in carico la domanda (Comune o ente delegato, per ICDB, ICDB Plus, ICDBm, ICDBmgs, Azienda ULSS per le altre tipologie di ICD), rivolgendosi ai dati di contatto presenti sul sito internet dell'Ente medesimo.

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

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa di cui sopra e mi impegno a comunicare nel termine di 30 giorni eventuali variazioni dei dati conferiti

In fede,

Luogo, _____

Data | | | | | | | |

Il dichiarante

(firma leggibile)



REGIONE DEL VENETO

ICDa

Logo Azienda
ULSS

IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE CON ALTO BISOGNO ASSISTENZIALE

1. SCHEDA DI RACCOLTA DATI

(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. _____

Pre-verifica dei requisiti per l'invio all'UVMD:

- 1) Persona in condizione di dipendenza vitale con necessità di assistenza h24¹³:
- 2) L'utente è già stato preso in carico in ADI: sì, no (se no, va attivata la presa in carico ADI, come requisito per accedere all'ICDa)
- 3) L'utente non è inserito a titolo definitivo in strutture residenziali o semiresidenziali:
- 4) Valore ISEE familiare: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |.00 €¹⁴

Data di compilazione | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Il funzionario

(timbro e firma leggibile)

2. RIASSUNTO ATTIVITA' UVMD

Punteggio totale SVaMA modificata per l'inserimento in graduatoria	
--	--

Impegnativa di cura verrà erogata in forma di: contributo economico

Data di compilazione | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Il responsabile dell'UVMD

(timbro e firma leggibile)

¹³ Da confermare in UVMD con SVaMA

¹⁴ Deve essere inferiore a € 60.000,00 per i maggiorenni ed inferiore a € 65.000,00 per i minorenni

Allegati: Certificazione ISEE, Scheda SVaMA con quadro sinottico SVaMA modificato