A.S.L. TO3
Azienda Sanitaria Locale di Collegno e Pinerolo

COLLEGNO
Via Martiri XXX Aprile, 30 - 10093 Collegno TO
Tel. 011.40171

P.E.C.: aslto3@cert.aslto3.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc.: 09735650013

DISTRETTO AREA METROPOLITANA CENTRO

PERCORSO PER ATTIVAZIONE UNITA' VALUTATIVA GERIATRICA

REQUISITI DI ACCESSO

- Residenza in Rivoli/Rosta/Villarbasse
- Condizione di parziale o totale non autosufficienza - Avere compiuto 65 anni

DOCUMENTAZIONE NECESSARIA

1. Modulo domanda in duplice copia
2. Scheda medica aggiornata compilata dal medico di famiglia o medico di presidio ospedaliero/struttura
3. Consenso informato (firmato dall'interessato)
4. Fotocopia documento di identità e codice fiscale dell'interessato e di chi presenta la domanda
5. I S E E in corso di validità
6. DSU in corso di validità
7. Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà
8. Impegnativa del medico di base (codice 8907,2) consulto interdisciplinare definito complessivo - UVG

La domanda può essere integrata dalla fotocopia del verbale di invalidità e/o fotocopia ricevuta presentazione domanda completa di scheda medica.

La domanda può essere presentata:

- dal diretto interessato e/o dal rappresentante legale (tutore)
- oppure da terza persona convivente, parente o altro con delega dell'interessato e fotocopia del documento di identità del delegato.

PERCORSO PER RITIRO E CONSEGNA DOMANDA DISTRETTO DI RIVOLI in collaborazione con il CISAP Via Nuova Collegiata, 5 RIVOLI

RITIRO MODULISTICA . Terzo piano Villa Rosa Collegno

CONSEGNA DOMANDA . Terzo piano STANZA 128 Martedì 09.00 - 12.00
Via Torino 1, COLLEGNO
UVG: 011.4017888
uvg.areametropolitanacentro@aslto3.piemonte.it

A.S.L. TO3
Azienda Sanitaria Locale di Collegno e Pinerolo

Data emissione: 15/05/2017
Rev:2

Richiesta di valutazione/rivalutazione socio-sanitaria

da presentare in duplice copia (una copia verrà restituita a titolo di ricevuta)

Prot. n. _____/Tit. ___.___.___ Data _____

ALL' UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA (U.V.G.) dell'A.S.L. TO3

Alla consegna presentarsi con documento di identità valido dell'interessato e, in caso di altra persona, anche del proprio

❑ RICHIESTA ❑ SEGNALAZIONE

❑ di **Valutazione Multidimensionale**

❑ di **Rivalutazione** **sanitaria**☐ **sociale**☐ **socio-sanitaria**☐

al fine della definizione o ridefinizione di un Progetto socio-sanitario

per il Signor/ra _____

nato/a a _____ Prov _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ _____Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

domiciliato presso _____ Comune _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

Codice Fiscale _____

Medico Curante: _____tel. _____

La richiesta è avanzata dal: ❑ diretto interessato

o dal ❑ tutore ❑ amministratore di sostegno

Sig/ra _____

nato/a a _____ _____Prov _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

email: _____

La segnalazione è avanzata dal

❑ coniuge/convivente (specificare) _____

❑ prossimo congiunto (specificare grado di parentela) _____

❑ altro (specificare) _____

Sig/ra _____ _____

nato a _____ Prov _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

e - mail _____

A tal fine:

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.

C O M U N I C A C H E

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

_____

riceve o ha ricevuto (nell'ultimo anno) interventi da

Servizio sanitario ❑ Si ❑ No	Quale /i
Servizio sociale ❑ Si ❑ No	Quale /i

Per la **valutazione sanitaria e sociale** allega alla presente domanda la seguente documentazione necessaria:

- Impegnativa del Medico di Medicina Generale
- Scheda informativa sanitaria
- Attestazione di richiesta del Modello ISEE / Dichiarazione ISEE sociosanitario in corso di validità (ISEE ordinario se in corso di completamento iter Invalidità Civile)
- Copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU)

L'eventuale dichiarazione scritta di rifiuto alla presentazione della richiesta del Modello ISEE e della copia della DSU deve essere allegata alla presente richiesta di valutazione (in tal caso il punteggio della valutazione economica è pari a zero).

Allega, inoltre, la seguente documentazione ritenuta di utilità per la valutazione sanitaria e/o sociale:

- _____
- _____
- _____
- _____

==========

Per la **rivalutazione sanitaria** allega alla presente domanda:

- Impegnativa del Medico di Medicina Generale
- Scheda informativa sanitaria
- Documentazione ritenuta di utilità per la rivalutazione sanitaria
- _____
- _____

==========

Per la **rivalutazione sociale**:
ai sensi dell'Allegato B della DGR 34-3309/2016 ripresenta *"la documentazione che attesti le mutate condizioni previste dalla Scheda di valutazione sociale"*

- Variazione condizioni economiche
- Variazione condizioni familiari
- Variazioni condizioni abitative
- Altro_____

==========

Per la **rivalutazione sanitaria e sociale** allega alla presente domanda:

- Impegnativa del Medico di Medicina Generale
- Scheda informativa sanitaria
- Documentazione ritenuta di utilità per la rivalutazione sanitaria
- _____
- _____

e per quanto riguarda la rivalutazione sociale, ai sensi dell'Allegato B della DGR 34-3309/2016, ripresenta *"la documentazione che attesti le mutate condizioni previste dalla Scheda di valutazione sociale"*

- Variazione condizioni economiche
- Variazione condizioni familiari
- Variazioni condizioni abitative
- Altro _____

C H I E D E C H E

eventuali comunicazioni al riguardo siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / piazza _____

Comune _____ CAP _____

Tel. _____ e-mail _____

==========

Il sottoscritto è altresì consapevole che la presente domanda deve essere corredata dell'Espressione di consenso al trattamento dei dati, a firma della persona destinataria della valutazione socio-sanitaria (salvo nei casi di tutore o amministratore di sostegno).

In assenza del Consenso al trattamento dei dati non si potrà procedere alla valutazione/rivalutazione socio-sanitaria.

Luogo e data _____

_____
(firma leggibile di chi presenta l'istanza)

_____
(Timbro e firma di chi riceve l'istanza)

==========

AVVERTENZE PER CAMBIO DI RESIDENZA

Ai sensi della DGR 34-3309 del 16/05/2016, qualora, dopo la presentazione di richiesta di valutazione, la persona interessata, cambi residenza e questo comporti anche cambio di ASL di appartenenza, deve comunicare per iscritto il cambio di residenza, **entro 15 giorni** dalla data di richiesta di cambio di residenza, alla nuova ASL di residenza.

Sulla base della data di comunicazione del cambio di residenza rispetto all'iter di valutazione si potranno avere i seguenti casi a) e b):

a) Nel caso in cui non sia stata effettuata o completata la valutazione multidimensionale, l'UVG dell'ASL di nuova residenza considererà valida la documentazione presentata di corredo alla domanda di valutazione socio-sanitaria, ossia:

- il modulo di presentazione di richiesta di valutazione;
- l'impegnativa del Medico di Medicina Generale;
- la Scheda Informativa Sanitaria;
- l'attestazione di richiesta del Modello ISEE;
- la copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU).

L'UVG dell'ASL di nuova residenza procederà quindi ad effettuare la valutazione socio-sanitaria.

b) Nel caso in cui la persona interessata abbia già ricevuto l'esito della valutazione multidimensionale, l'UVG dell'ASL di nuova residenza deve considerare valida:

- la documentazione presentata di corredo alla domanda di valutazione socio-sanitaria, ossia:
  - il modulo di presentazione di richiesta di valutazione;
  - l'impegnativa del Medico di Medicina Generale;
  - la Scheda Informativa Sanitaria;
  - l'attestazione di richiesta del Modello ISEE;
  - la copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU);
- la data di valutazione dell'UVG dell'ASL di provenienza.

Deve essere rinnovata la valutazione sociale.

A seguito della nuova valutazione sociale l'UVG dell'ASL di nuova residenza procede a definire la priorità di accesso ai sensi della D.G.R. n. 14-5999/2013.

La persona interessata, in caso di omessa comunicazione **entro 15 giorni** dalla richiesta di cambio di residenza anagrafica, deve ripresentare alla ASL di nuova residenza una **nuova Richiesta di valutazione**, corredata da una nuova l'impegnativa del Medico di Medicina Generale, da una nuova Scheda Informativa Sanitaria, l'attestazione di richiesta del Modello ISEE e copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU).

Il sottoscritto dichiara di aver letto e compreso quanto riportato nel presente paragrafo "AVVERTENZE PER CAMBIO DI RESIDENZA".

Luogo e data _____ _____

(firma leggibile di chi presenta l'istanza)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E DEI DATI INERENTI ALLA SALUTE

Gentile Interessato,

conformemente a quanto previsto dall'articolo 13 del D.Lgs. n.196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), La informiamo che l'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) tratterà dati definiti dalla legge (art. 4) come "Dati Personali" (es.: identificativi, anagrafici, economici) e "Dati Sensibili" (es.: stato di salute), relativamente alla valutazione socio-sanitaria ed ai connessi adempimenti amministrativi, in qualità di Titolare del Trattamento.

Finalità del trattamento

Tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. I dati personali (eventualmente dei familiari e dei congiunti) sono necessari per le finalità di valutazione socio-sanitaria e susseguente individuazione del Progetto individuale.

Modalità del trattamento

Il trattamento dei dati sarà effettuato tramite l'utilizzo di strumenti e di procedure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza. Il personale incaricato farà uso di supporti cartacei e di strumenti elettronici. Oltre ai professionisti in ambito socio-sanitario, anche il personale preposto alla gestione amministrativa e organizzativa, ove sia responsabile o incaricato del trattamento, può venire a conoscenza dei suoi dati personali, nel rispetto del principio di necessità. A questi soggetti sono state fornite istruzioni specifiche ed è stato esteso l'obbligo di mantenere il segreto d'ufficio.

Facoltà di conferire i dati e conseguenze del rifiuto

Il conferimento dei Suoi dati è facoltativo. La informiamo che il mancato conferimento dei dati strettamente necessari comporta l'impossibilità di dare esito all'istanza di valutazione/rivalutazione.

In calce alla presente informativa Le sarà richiesto il consenso scritto al trattamento dei Suoi dati personali.

Comunicazione e Diffusione

I dati personali comuni e, solo ove strettamente indispensabili, anche sensibili potranno essere comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., oltre che agli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi;

Diritti dell'interessato

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

Titolare del trattamento dei Suoi dati è:

Federica Rossignoli S.S. Area fragilità e non autosufficienza
Email: areafragilita.nonautosufficienza@aslto3.piemonte.it

Espressione di CONSENSO al Trattamento dei DATI

Artt. 81- 82 del Decreto Legislativo 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Alla consegna presentarsi con documento di identità valido dell'interessato e, in caso di tutore o amministratore di sostegno, anche del proprio

Il Signor/ra _____ _____

nato/a a _____ *il* _____

residente a _____ *in Via/Piazza* _____

telefono/cell. _____ *e-mail* _____

Cod. Fisc. _____

oppure (se impossibilitato)

in qualità di: ❑ *tutore* ❑ *amministratore di sostegno*

il/la Sig./Sig.ra _____

DICHIARA

di aver ricevuto l'informativa per il trattamento dei dati personali e, con riferimento alla finalità di valutazione/rivalutazione socio-sanitaria e susseguente individuazione del Progetto individuale, di:

❑ *esprimere il consenso al trattamento dei suoi dati*

❑ *negare il consenso al trattamento dei suoi dati*

(il consenso è necessario allo svolgimento della valutazione/rivalutazione e in sua assenza non si potrà dare esito all'istanza).

Luogo e Data _____

Firma del dichiarante _____

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(artt. 46 e 47 del DPR 28.12.200 N. 445)

In riferimento alla richiesta di Valutazione Multidimensionale inoltrata all'UVG per la definizione di un progetto socio-sanitario

Il/la

sottoscritto/a.....nato/o a.....Prov.....

il ...../...../....., residente a .....Prov.....

Via/piazza.....n.ro.....Telefono.....

In qualità di ☐ diretto interessato ☐ tutore ☐ amministratore di sostegno

del sig./sig.ra..... nato/o a.....Prov.....

il ...../...../....., residente a .....Prov.....

Via/piazza.....n.ro.....Telefono.....

Codice Fiscale.....

Consapevole che le dichiarazioni mendaci sono perseguibili penalmente ai sensi di Legge

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità che, alla data dell'istanza

1) percepisce i seguenti redditi:

		Importo mensile
Pensione/Rendita	☐ INPS ☐ INPDAP ☐ INAIL ☐ Altro Ente/Stato estero	euro..... euro..... euro..... euro.....
Altri proventi	..... Specificare: es. proventi da locazione – assegni del coniuge separato legalmente o di fatto o divorziato	euro.....

2) ☐ non è proprietario/comproprietario della casa in cui vive né di altri beni immobili
☐ é proprietario/comproprietario (con eventuali pertinenze) della casa in cui vive
☐ è usufruttuario o possiede la nuda proprietà della casa in cui vive
☐ è proprietario o comproprietario di beni immobili, ma risiede in un alloggio in locazione
☐ è proprietario/comproprietario, oltre la casa di abitazione in cui vive, di altri beni immobili

☐ sostiene un canone mensile di locazione per la casa di abitazione pari a euro.....

2) ☐ non possiede risparmi (sottoforma di denaro contante, depositi, titoli, ecc.)

☐ possiede risparmi (sottoforma di denaro contante, depositi, titoli, ecc.) per un valore complessivo di euro .....

3) ☐ non sostiene spese documentabili per assistenza alla persona (sia per assistenza a domicilio che per il pagamento di rette presso strutture residenziali)

☐ sostiene spese documentabili per assistenza alla persona (sia per assistenza a domicilio che per il pagamento di rette presso strutture residenziali) per un importo mensile di euro.....

N.B. le spese per lavoratori domiciliari (badanti e assistenti) possono essere dichiarate solo se questi lavoratori sono regolarizzati, in base alle norme sul mercato del lavoro. Le spese dichiarate devono essere documentabili (fatture o buste paga)

Si impegna inoltre a comunicare immediatamente al Servizio Sociale competente per territorio, e comunque entro e non oltre 15 giorni, ogni notizia che modifichi la situazione sopra dichiarata.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto l'allegata informativa resa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 30/06/2003 n.ro 196 (Codice della Privacy) e acconsente al trattamento di tutti i dati contenuti nella presente dichiarazione.

Il/la sottoscritto/a è consapevole che l'Ente Gestore del servizio socio-assistenziale ha la facoltà di effettuare gli opportuni controlli per l'accertamento della congruità e della veridicità delle dichiarazioni rese, anche attraverso l'accesso ad apposite banche dati (es. INPS, SIATEL).

Il/la sottoscritto/a è altresì consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci incorre nelle sanzioni penali all'uopo previste dalla normativa vigente.

AVVERTENZA: DPR 28/12/2000 N.RO 445 ART. 76 (1° comma) – "LE DICHIARAZIONI MENDACI , LA FALSITA' NEGLI ATTI E L'USO DI ATTI FALSI NEI CASI PREVISTI DALLA PRESENTE LEGGE SONO PUNITI AI SENSI DEL CODICE PENALE E DELLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA"

N.B. La presente istanza va sottoscritta in presenza del dipendente abilitato a riceverla ovvero inviata, per via postale o telematica, debitamente sottoscritta, unitamente a fotocopia di documento di identità del sottoscrittore (art. 38, comma 3, DPR 445 del 28/12/2000).

Data,..... Firma del Dichiarante.....

Documento di identificazione.....n.....rilasciato da.....

in data.....

Timbro e firma del funzionario ricevente.....

A.S.L. TO3 Azienda Sanitaria Locale di Collegno e Pinerolo	M APISS 20 **DELEGA PER ISTANZA U.V.G.** **(da compilare a cura del delegante)**	Data di emissione: 14/10/2013 rev. 0 Approvato ed emesso in originale

Se la presentazione dell'istanza di Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) non viene effettuata dalla persona interessata, la persona delegata, **deve presentarsi munita**:

- del presente modulo di delega debitamente compilato
- documento di identità proprio
- documento di identità del delegante (originale o fotocopia)

Il/la sottoscritto/a_____(delegante)

DELEGA

Il/la Sig./ra _____(delegato)

☐ Rappresentante Legale ☐ Coniuge/Convivente ☐ Prossimo congiunto/familiare

alla presentazione dell'istanza di Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.)

ESTREMI DEL DOCUMENTO DEL DELEGANTE

Carta d'identità ☐ Patente ☐ Passaporto ☐

n° _____

rilasciato da_____ il _____

ESTREMI DEL DOCUMENTO DEL DELEGATO

Carta d'identità ☐ Patente ☐ Passaporto ☐

n° _____

rilasciato da_____ il _____

DATA **FIRMA DEL DELEGANTE**

_____ _____

A.S.L. TO3
Azienda Sanitaria Locale
di Collegno e Pinerolo

Allegato 1

SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA

Cognome	Nome
Luogo	Data di nascita

☐ IL/LA PAZIENTE È A DOMICILIO

☐ IL/LA PAZIENTE È PRESSO UNA STRUTTURA SOCIO-SANITARIA

SPECIFICARE _____ DAL ____/____/_____

☐ IL/LA PAZIENTE È PRESSO UNA STRUTTURA SANITARIA
(OSPEDALE, CASA DI CURA, CAVS, ...)

SPECIFICARE _____ DAL ____/____/_____

☐ la scheda informativa è stata compilata con il supporto delle informazioni presenti nella documentazione della Struttura Sanitaria

☐ la scheda informativa è stata compilata senza il supporto delle informazioni presenti nella documentazione della Struttura Sanitaria

Sintesi clinico-anamnestica con particolare riferimento alle patologie invalidanti:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Terapia in atto:

CONDIZIONI ATTUALI

DEFICIT SENSORIALI:

- ☐ grave deficit visivo (anche con correzione)
- ☐ grave deficit uditivo (anche con correzione)

Nota

DEAMBULAZIONE:

- ☐ normale
- ☐ cammina con aiuto o assistenza
- ☐ presenta rischio di caduta
- ☐ costretto a letto, poltrona o carrozzella

Nota

INCONTINENZA ☐ sì ☐ no

Urinaria ☐ saltuaria ☐ permanente

Fecale ☐ saltuaria ☐ permanente

☐ Catetere vescicale

Nota

ALIMENTAZIONE

☐ autonoma

☐ deve essere imboccato

☐ presenta disfagia

Presenza di magrezza patologica ☐ sì ☐ no

Presenza di obesità patologica ☐ sì ☐ no

Nota

DISTURBI MOTORI

Paralisi / paresi di

Instabilità motoria ☐ sì ☐ no

Deficit equilibrio ☐ sì ☐ no

Tendenza alle cadute ☐ sì ☐ no

Nota

TRATTAMENTI SPECIALISTICI

Alimentazione parenterale	☐ sì	☐ no
SNG/PEG	☐ sì	☐ no
Tracheostomia	☐ sì	☐ no
Respiratorie/Ventilazione Assistita	☐ sì	☐ no
Ossigenoterapia	☐ sì	☐ no
Dialisi	☐ sì	☐ no
Ulcere da decubito	☐ sì	☐ no
Gestione stomia (colon o altre)	☐ sì	☐ no
Trattamenti ulcere cutanee (non da pressione)	☐ sì	☐ no
Gestione C.V.C.	☐ sì	☐ no
Gestione terapia con microinfusori /elastomeri	☐ sì	☐ no
Gestione cateterismo peridurale	☐ sì	☐ no
Drenaggi	☐ sì	☐ no
Trattamento riabilitativo post acuto	☐ sì	☐ no

Altro (specificare):

_____

_____

_____

_____

OSSERVAZIONI

Data di compilazione

____/_____/_____

Timbro e firma leggibile

MMG/Medico Curante

_____