

REGIONE DEL VENETO



Direttore Distretto 1 Rovigo
Dott.ssa Domenica Luciano'

Responsabile procedimento
Direttore f.f. U.O.C. Disabilità e Non Autosufficienza
Dott.ssa Monica Venturini
Tel 0425393979 - 0425393715

Oggetto: Nuovo modulo per U.V.M.D.

Rovigo, 22 MAR, 2019

Prot. 26051

Alla Cortese attenzione

Assistenti Sociali
Strutture Residenziali per Anziani e
Disabili Distretto 1 Rovigo

Assistenti Sociali dei Comuni del
territorio afferenti al Distretto 1 Rovigo

Alla Responsabile
Centrale Operativa Territoriale
Dott.ssa Liliana Marangon

Al Direttore
Servizio Infermieristico
Dott. Cristiano Pelati

Al Direttore f.f.
U.O.C. Disabilità e non Autosufficienza
Dott.ssa Monica Venturini

Al Personale Amministrativo
Punti Sanità afferenti al Distretto n. 1
Rovigo

Loro Sedi

Si trasmette il nuovo modulo di "Richiesta di valutazione da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVM D)", con invito a darne la massima diffusione per consentire l'immediato utilizzo dello strumento stesso.

Distinti saluti.

Il Direttore
Distretto 1 Rovigo
Dott.ssa Domenica Luciano'

REGIONE DEL VENETO



ULSS5
POLESANA

Riferimenti:

Distretto n.1 Rovigo tel: 0425 393724; 393715; fax 0425 394752
 Distretto n.2 Adria tel. 0426 940696 ; fax 0426 940504
 COT E-mail: cot@aulss5.veneto.it : fax 0425 393634

Alla c.a. Direttore del Distretto n.1 Rovigo

Alla c.a. Direttore del Distretto n.2 Adria

Richiesta di valutazione da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D.)

__I__ sottoscritt _____ nato a _____ il _____
 residente a _____
 via/Piazza _____ n° _____ Tel./Cell _____

In qualità di

<input type="checkbox"/>	Diretto interessato	<input type="checkbox"/>	Assistente Sociale
<input type="checkbox"/>	Familiare o affine	<input type="checkbox"/>	Amministratore di sostegno
<input type="checkbox"/>	Medico MMG	<input type="checkbox"/>	Soggetto civilmente obbligato
<input type="checkbox"/>	Altro (specificare):		

CHIEDE

che venga effettuata da parte dell'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale e con il consenso informato dell'interessato, una:

- Valutazione
- Rivalutazione (dopo almeno sei mesi dalla precedente) dei bisogni assistenziali
- Rivalutazione per aggravamento, con relativa documentazione, delle condizioni clinico/assistenziali

del Sig./Sig.ra

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F I
 Data di Nascita __/__/____ Luogo di Nascita _____ Prov.
 Residente a via n°
 Domiciliato a via n°
 Cittadinanza:.....

Codice Fiscale
 Tel.

Cittadinanza:..... Numero componenti Nucleo Familiare

STATO CIVILE		TITOLO DI STUDIO		ASSISTENTE NON FAMILIARE	
Celibe/Nubile	1	nessuno	1	Occasionale	1
Coniugato	2	Licenza elementare	2	Fino a 1h / giorno	2
Separato	3	Licenza media inferiore	3	Da 1 a 4 h / giorno	3
Divorziato	4	Diploma media superiore	4	Da 4 a 8 h / giorno	4
Vedovo	5	Diploma Universitario	5	Presenza notturna	5
Non dichiarato	9	Laurea	6	Assistenza continuativa	6
		Scuola Professionale	7	Non presente	7
		Sconosciuto	9		

MEDICO MEDICINA GENERALE _____

STRUTTURA DI PROVENIENZA	
Domicilio dell'assistito senza Cure Palliative domiciliari attive	1
Domicilio dell'assistito con Cure Palliative domiciliari attive	2
Struttura socio sanitaria residenziale	3
Ospedale di Comunità	4
Struttura ospedaliera (specificare il reparto)	5
Struttura di riabilitazione	6
Altro	7

L'orientamento della richiesta è per il seguente servizio:

CODIFICA PROGETTO ASSISTENZIALE – INDICARE: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
01 <input type="checkbox"/> ACCOGLIENZA IN RESIDENZA	08 <input type="checkbox"/> ASS. DOM. SOCIALE (SENZA SERV. SANITARIO)
02 <input type="checkbox"/> OSPITALITA' TEMPORANEA IN RESIDENZA	09 <input type="checkbox"/> ASS. DOM .SEMPLICE 1°LIV. (CON O SENZA SOCIALE)
03 <input type="checkbox"/> STATI VEGETATIVI	10 <input type="checkbox"/> ASS. DOM. INTEGRATA
04 <input type="checkbox"/> IMPEGNATIVA DI CURA DOMICILIARE	11 <input type="checkbox"/> HOSPICE
05 <input type="checkbox"/> SAPA	12 <input type="checkbox"/> OSPEDALE DI COMUNITA'
06 <input type="checkbox"/> ACCOGLIENZA IN RESIDENZA PER RELIGIOSI N.A.	13 <input type="checkbox"/> CURE PALLIATIVE DOMICILIARI-ADPT (fax. 0425 393710)
07 <input type="checkbox"/> ACCOGLIENZA IN RESIDENZA PER PERSONE DISABILI	14 <input type="checkbox"/> ALTRO

Qualora l'esito della valutazione UVMD indichi una residenzialità, temporanea o definitiva, si esprimono le seguenti strutture di preferenza:

Rovigo	I.R.A.S. ("San Bortolo e Casa Serena)	0425/363311
Rovigo	Centro di Servizi "Città di Rovigo"	0425/426111
Badia Polesine	Centro di Servizi "Casa del Sorriso"	0425/591100
Badia Polesine	Nucleo S.A.P.A.	0425/591100
Castelmasa	Centro di Servizi RSA "S. Martino"	0425/81748
Crespino	Centro di Servizi "S. Gaetano"	0425/780520
Ficarolo	Centro di Servizi "S. Salvatore"	0425/708176
Ficarolo	Centro di Servizi "La Residence"	0425/727310
Ficarolo	Centro di Servizi "Il Pioppeto"	0425/727444
Fiesso Umbertiano	Centro di Servizi "La Quiete"	0425/754417
Fratta Polesine	Centro di Servizi "Sacra Famiglia" Anziani N/A	0425/668856
Fratta Polesine	Centro di Servizi "Sacra Famiglia" per persone disabili	0425/668856
Gavello	Comunità Alloggio per Persone con disabilità "Casa degli Alberi"	0425/778278
Rovigo	Comunità Alloggio per Persone con disabilità "Il Diamante"	0425/412238
Lendinara	Centro di Servizi "Casa Albergo per Anziani"	0425/641015
Lendinara	Hospice "Casa del Vento Rosa"	0425/641015
Stienta	Centro di Servizi "Villa C. Resemini"	0425/746077
Trecenta	Centro di Servizi "S. Antonio"	0425/700113
Adria	Centro Servizi per Anziani	0426/903311
Ariano Polesine	Centro di Servizi " Ing. Pedrelli	0426/71960
Corbola	Centro di Servizi "Villa Agopian	0426/45425
Papozze	Centro di Servizi "Opera Pia F. Bottoni"	0426/44249
Porto Viro	Centro di Servizi "Villa Tamerici"	0426/632779
Taglio di Po	Centro di Servizi "Madonna del Vaiolo"	0426/662073

In sottoscritto dichiara, inoltre, di essere informato che la validità della UVMD di cui alla presente richiesta è limitata a 12 mesi dalla data di effettuazione della valutazione stessa.

FIRMA RICHIEDENTE _____

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 5 Polesana ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, 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:

1. Svolgere tutte le attività necessarie alla effettuazione di una valutazione multidimensionale distrettuale, così come previsto dalla legislazione regionale vigente, ed erogare il servizio da Lei richiesto.
2. Espletare gli adempimenti amministrativi e gestionali, sia preliminari che conseguenti all'attività di valutazione, necessari ed obbligatori ai fini dell'erogazione del servizio richiesto.

PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

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.

CONFERIMENTO DEI DATI E CONSEGUENZE DEL MANCATO CONFERIMENTO

Il conferimento dei dati personali comuni (es: dati anagrafici) e particolari (dati socio-sanitari) è necessario ai fini dello svolgimento delle attività da Lei richieste.

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.

MODALITÀ DEL TRATTAMENTO

I dati saranno registrati elettronicamente o manualmente, conservati e protetti contro ogni manomissione o distruzione e trattati con l'osservanza delle misure di sicurezza adottate dall'Azienda in attuazione delle disposizioni contenute nel precitato Regolamento. Il trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, completezza e pertinenza e avverrà nei limiti strettamente necessari alla effettuazione della valutazione da Lei richiesta.

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 (medici, psicologi, infermieri, educatori professionali, assistenti sociali, personale amministrativo, ecc.) nonché, nei casi stabiliti da leggi, regolamenti o per svolgimento di funzioni istituzionali, alle seguenti categorie di **soggetti esterni**:

- a) Servizi Sociali del Comune di residenza;
- b) Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta coinvolti nel percorso valutativo;
- c) Strutture Socio-Sanitarie

Tra i soggetti coinvolti nelle attività di trattamento, sono comprese inoltre imprese esterne, alle quali è affidato il compito di svolgere specifiche operazioni necessarie per garantire o 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: piattaforma informatica SISTE-REO, piattaforma informatica ADI, etc.*), 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 forniscono 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 il Titolare del trattamento - Azienda Ulss 5 Polesana, tramite Posta Elettronica Certificata alla casella PEC protocollo.aulss5@pecveneto.it o tramite semplice e-mail alla casella istituzionale protocollo@aulss5.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 Ulss 5 Polesana, con sede in Rovigo - Viale Tre Martiri 89. Il Titolare ha nominato il Responsabile della protezione dei dati, ai sensi dell'art. 37 del GDPR, nella persona dell'Avvocato Piergiorgio Cervato dello Studio Cervato Law & Business di Padova, indirizzo e mail: rpdsrveneto@cervato.it.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IDONEI A RIVELARE LO STATO DI SALUTE

(Regolamento Europeo 2016/679)

A) Consenso al trattamento di dati propri

Il/La sottoscritto/a nato/a a

il..... residente a..... in via.....

presa visione dell'**Informativa agli utenti sul trattamento dei dati personali**,

concede il consenso **nega** il consenso

al trattamento dei propri dati personali e particolari da parte dell'Azienda ULSS n. 5 "Polesana".

Data Firma

B) Consenso al trattamento di dati riguardanti persone impossibilitate

Il/La sottoscritto/a nato/a a

il..... residente a..... in via.....

presa visione dell'**Informativa agli utenti sul trattamento dei dati personali** e consapevole delle responsabilità penali in cui incorre chi rilascia dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. n. 445/2000)

concede il consenso **nega** il consenso

al trattamento, da parte dell'Azienda ULSS n. 5 "Polesana", dei dati personali e particolari riguardanti

il Sig./Sig.ra..... (indicare nome e cognome)

nato/a a, il, residente a

in via.....

impossibilitato a prestare il consenso personalmente. Il sottoscritto a ciò provvede in qualità di:

tutore

rappresentante legale

amministratore di sostegno

familiare

assistente sociale del Comune di

medico di medicina generale curante

altro.....

Data Firma