

Informativa e domanda di Valutazione Multidimensionale

DISTRETTO SOCIOSANITARIO DI _____

Punto Unico di Accesso

Dati anagrafici del richiedenteIl/la Sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____
nato/a a _____, il ___/___/___ e residente in _____
via _____ n. _____ C.F. _____
tel. _____ mail _____

in qualità di:

- destinatario delle prestazioni richieste al Punto Unico di Accesso (PUA)
- genitore o legale rappresentante (nel caso di soggetto minore, interdetto o assistito da amministratore di sostegno) del destinatario dell'intervento

consapevole di quanto prescritto dagli articoli 76 e 73 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sulle sanzioni per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

Richiede l'**effettuazione della valutazione multidimensionale** per l'attivazione di un percorso di cura appropriato ai bisogni sociosanitari di:

- me medesimo
- del Sig./Sig.ra

(Dati anagrafici del destinatario degli interventi qualora non coincida con la persona del richiedente)

Nome _____ Cognome _____
nato/a a _____, il ___/___/___ e residente in _____
via _____ C.F. _____
domiciliato in _____ via _____ n. _____

A) Motivo della richiesta: descrivere brevemente i bisogni per i quali si richiede l'intervento del PUA

B) Sede dell'intervento residenziale: indicare massimo n. 2 strutture dove si richiede preferibilmente l'inserimento¹.

1. _____
2. _____

¹ La richiesta verrà soddisfatta solo se compatibile con il "Piano di Assistenza Individuale" redatto dall'UVT e in base all'effettiva disponibilità di posti al momento dell'ingresso

dichiara di avere preso visione dell'Informativa sulla valutazione Multidimensionale e di essere stato informato verbalmente in maniera chiara ed esaustiva sulle attività e procedure necessarie per dare seguito alla richiesta di intervento formulata;

Data ___/___/_____ Firma * _____

Firma dell'operatore che fornisce l'informazione _____

* Da sottoscrivere in presenza dell'operatore addetto oppure sottoscrivere e allegare copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore.

Allegare altresì fotocopia del documento di identità della persona da valutare se diversa dal richiedente

Per destinatari dell'intervento di minore età, in caso sia presente un solo genitore, occorre allegare la Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, compilata e sottoscritta dal genitore sotto la propria responsabilità attestante le condizioni relative alla titolarità e all'esercizio della potestà previste dagli artt. 155, 316 e 317 C.C. In caso il soggetto sia assistito da un legale rappresentante occorre allegare la documentazione attestante i poteri del legale rappresentante. In tutti i casi va accertata l'identità del dichiarante secondo le indicazioni contenute nella normativa vigente e nella Procedura Aziendale in materia.

Informativa sulla valutazione Multidimensionale

(rivolta al destinatario dell'intervento o suo rappresentante titolato a sottoscrivere la domanda di Valutazione Multidimensionale)

Gent.ma/mo _____,

a completamento di quanto già spiegato a voce sulle attività del servizio PUA-UVT di , in relazione alla valutazione sul Suo stato di salute, alle Sue necessità assistenziali e alla predisposizione di un adeguato piano di cura, desideriamo riassumerLe con questo sintetico documento le informazioni che La riguardano, relative alle attività e procedure necessarie per dare seguito alla Sua richiesta di intervento del nostro Servizio.

Le chiediamo di leggere attentamente quanto segue:

1. per poter procedere alla verifica dei Suoi bisogni di salute, in fase iniziale, il PUA raccoglie tutte le informazioni utili, di natura medica, sociale ed economica, sia attraverso il contatto diretto con Lei, i Suoi familiari o il Suo legale rappresentante, sia attraverso il contatto con Enti o Servizi che posseggono informazioni utili per comprendere la Sua situazione sul piano sanitario, sociale e assistenziale (es. il Comune, l'ospedale, etc);
2. gli operatori del PUA, se lo ritengono necessario, potranno effettuare visite presso il Suo domicilio o presso la struttura dove Lei dovesse trovarsi assistito/ricoverato;
3. il PUA trasferisce le informazioni raccolte all'UVT compresa la tipologia di percorso e le sedi dell'intervento da lei indicate (vedi B); l'UVT attraverso l'analisi delle informazioni raccolte individua il progetto di assistenza e cura più appropriato alle caratteristiche socio sanitarie del suo bisogno. In tale Piano di Assistenza Individuale, sono indicati: la tipologia del percorso (percorso domiciliare o residenziale), i tempi, le modalità e la sede degli interventi, il possibile coinvolgimento di altri Enti o Servizi, sanitari e sociali, idonei ad erogare gli interventi che La riguardano, gli eventuali costi;
4. Lei o il Suo rappresentante legale verrà informato dell'esito della valutazione e del Piano di Assistenza che Le verrà proposto anche attraverso l'invio di comunicazione scritta; potrà decidere se aderire o rifiutare manifestando il suo assenso/dissenso;
5. L'operatore del PUA che Le sottopone il presente scritto è a disposizione per fornirLe ogni ulteriore chiarimento prima che Lei sottoscriva la richiesta di Valutazione Multidimensionale.

Allegato n. 2

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI DI SALUTE PER FINI DI CURA

Io sottoscritto/a (nome e cognome), _____,
nato/a _____, il ____ . ____ . ____ ,
codice fiscale □□□ □□□ □□□□□ □□□□□ ,
residente a (comune, provincia, stato) _____ ,
in via (indirizzo) _____ ,
per sé o in qualità di (produrre documentazione comprovante la qualità):

legale rappresentante (genitore, tutore) amministratore di sostegno
di (nome e cognome) _____ ,
nato/a a _____ , il ____ . ____ . ____ ,
codice fiscale □□□ □□□ □□□□□ □□□□□ ,
residente a (comune, provincia) _____ ,
in via (indirizzo) _____ ,

consapevole di quanto prescritto dagli art. 76 e 73 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445, sulle sanzioni per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, preso atto della informativa sul trattamento dei miei dati personali

autorizzo il trattamento dei miei dati di salute per fini di cura

Alla consegna presentarsi con documento di identità valido o con delega e documento anche del delegante.

Con la firma seguente dichiaro esplicitamente di aver compreso l'informativa di cui all'art. 13 del decreto legislativo n. 196/2003 sulle modalità di trattamento dei dati personali e sensibili informatizzati poste in essere dall'Azienda Tutela della Salute e di esprimere liberamente il mio consenso al trattamento.

luogo e data

firma (estesa e leggibile)

Riservato all'ufficio

Raccolta cartacea:

Matricola Operatore _____ Data _____ Firma Operatore _____

Inserimento nel database gestione consensi:

Matricola Operatore _____ n. progressivo _____ Data _____

Firma operatore _____

**Azienda Tutela per la Salute (ATS)
INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Articolo 13 del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR)

Gentile Signora/re,

l'Azienda per la Tutela della Salute della Sardegna (di seguito ATS) provvede ad informarla sulle modalità di trattamento dei suoi dati personali.

La Legge Regionale 27 luglio 2016, n.17 ha disposto il riordino del servizio sanitario della Sardegna e dal 1° gennaio 2017 a tale scopo ha istituito l'ATS con sede in Sassari; l'ATS ha per territorio di riferimento quello dell'intera regione e ha preso in carico i dati personali e sensibili già trattati dalle precedenti otto Aziende Sanitarie Locali.

A seguito di tale processo sono state istituite le otto Aree Socio Sanitarie Locali, che assicurano l'erogazione delle prestazioni sanitarie dell'ATS in ambito locale, che rendono necessario il trattamento dei dati personali suindicati e degli altri successivamente acquisiti per il perseguimento delle finalità di seguito indicate:

- prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e incolumità fisica delle persone e gestione delle attività amministrative correlate;
- programmazione dell'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari, controllo e valutazione dell'assistenza erogata;
- omogeneizzazione e armonizzazione dei processi gestionali nel territorio regionale;
- aggregazione della domanda di beni e servizi e approvvigionamento, procedure di gara per la progettazione, realizzazione, manutenzione, alienazione, concessione e locazione degli immobili delle aziende sanitarie della Sardegna;
- gestione accentrata, per le aziende sanitarie della Sardegna, delle procedure concorsuali e selettive, del trattamento economico del personale, dei magazzini e logistica, reti informatiche e tecnologie dell'informazione e comunicazione, tecnologie sanitarie e valutazione di impatto.

L'ATS tratta i Suoi dati personali limitatamente a quanto strettamente necessario, in modalità cartacea o elettronica, adottando preliminari ed adeguate misure di sicurezza:

-o previo rilascio di apposito consenso nel caso in cui la legge lo preveda; in tal caso il mancato consenso impedisce all'ATS di erogare le prestazioni sanitarie da Lei richieste.

-o qualora ciò sia necessario per l'esecuzione di rapporti contrattuali, o per adempiere ad un obbligo di legge, salvaguardare interessi vitali delle persone o quando il trattamento è comunque necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico.

I dati personali sono trattati su mandato dell'ATS esclusivamente da parte di soggetti appositamente designati come Delegati, Responsabili, Sub-Responsabili ed Incaricati del trattamento dei dati personali ed Amministratori di Sistema, il cui elenco è disponibile previa richiesta presso il servizio del Data Protection Officer.

I dati personali sono conservati limitatamente al tempo previsto dalla normativa di riferimento o dall'apposito regolamento sulla conservazione/archiviazione dei documenti, e successivamente sono distrutti sia su formato analogico che automatizzato.

I Suoi dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti, di natura sia pubblica che privata, soltanto qualora Lei lo richieda o sia previsto dalla normativa vigente.

La presente comunicazione, di carattere generale, sarà integrata con ulteriori informative in relazione ai diversi trattamenti di dati personali di Suo interesse.

Il Titolare del trattamento dei dati personali che La riguardano è quindi l'ATS con sede legale in via Enrico Costa n.57, Sassari, legalmente rappresentata dal Direttore Generale pro tempore. Per qualsiasi ulteriore informazione relativa al trattamento dei suoi dati personali può consultare la sezione "privacy" della pagina web www.atssardegna.it o inviare una mail all'indirizzo di posta elettronica privacy@atssardegna.it o scrivere una lettera all'indirizzo suindicato. Lei può inoltre esercitare in ogni momento i diritti indicati all'art. 15 del GDPR, il cui estratto è di seguito riportato, e proporre reclamo all'Autorità Garante Privacy qualora i Suoi dati siano trattati in modalità ritenuta non conforme alla normativa vigente

Art.15 GDPR - "Diritto di accesso dell'interessato"- Estratto

L'interessato ha diritto di ottenere dal Titolare del trattamento la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano e di ottenere l'accesso ai dati personali e alle seguenti informazioni:

- finalità e modalità del trattamento, categorie di dati personali e della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici compresa la profilazione;
- i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati, in particolare se destinatari di paesi terzi o organizzazioni internazionali;
- il periodo di conservazione dei dati personali previsto oppure, se non è possibile, i criteri utilizzati per determinare tale periodo.

L'interessato ha diritto di ottenere anche:

- la rettifica, la cancellazione, la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano (qualora consentito dalla normativa specifica) o di opporsi al loro trattamento;
- l'attestazione che le operazioni suindicate sono state portate a conoscenza di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

Il Titolare del trattamento dei dati personali
L'Azienda Tutela per la Salute