

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 vestiario 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.Evidenza 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, infortuni)* | <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 el., 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 | |

* 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:

- a) Finalità funzionali all'adempimento di obblighi normativi, previsti da leggi, decreti, regolamenti e/o da altri atti ad essi equiparati.
- b) Finalità funzionali alla gestione dell'ICD e degli adempimenti che da esso dipendono.
- c) 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.
- d) 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 Giudiziaria, 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)