

Informativa sul consenso informato e Modulo di consenso anticipato al trattamento

(rivolto agli utenti)

Punto Unico di Accesso — Unità di Valutazione Territoriale [PUA - UVT]

INFORMATIVA

Gentile utente del Servizio PUA-UVT di _____ ,

a completamento di quanto già spiegato a voce sulle attività del servizio PUA - UVT, 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, al fine di avere, anche per iscritto, il Suo consenso informato alla effettuazione delle 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, che le utilizza per individuare e proporLe un progetto di assistenza e cura dove saranno indicati i tempi, le modalità e gli eventuali costi, il possibile coinvolgimento di altri Enti o Servizi, sanitari e sociali, idonei ad erogare gli interventi che La riguardano;
- 4) Lei o il Suo rappresentante legale verrà informato dell'esito della valutazione e del programma di intervento che Le proponiamo anche attraverso l'invio di comunicazione scritta;
- 5) precisiamo che la normativa vigente (Legge 219/2017) dispone che Lei fornisca il Suo consenso e che in qualsiasi momento possa revocarlo in tutto, rinunciando a tutte le prestazioni del sistema PUA - UVT, in parte, rinunciando a singole prestazioni, compatibilmente con la necessità di assicurare una valutazione funzionale alla definizione di un appropriato percorso di cura.

L'operatore del PUA che Le sottopone il presente scritto é a disposizione per fornirLe ogni ulteriore chiarimento prima che Lei proceda a compilare, in ogni sua parte, il modulo di consenso sotto riportato,

CONSENSO

Il/la Sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____

Nato/a a _____ il ____/____/____ e residente in _____

Via _____ C.F. _____

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) di

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ il ____/____/____ e residente in _____

Via _____ C.F. _____

•Dichiara di essere stato informato verbalmente in maniera chiara ed esaustiva che, in seguito alla richiesta presentata alverranno espletate le attività come sopra riassunte.

Data __/__/____

Firma ^X_____

•Dichiara di aver compreso quanto gli è stato illustrato e spiegato

Data __/__/____

Firma ^X_____

•Dichiara di essere stato informato della possibilità di revocare in tutto o in parte, in qualsiasi momento, il presente consenso, rinunciando alla prestazione richiesta qualora incompatibile con le limitazioni poste all'operatività del Servizio PUA-UVT:

Data __/__/____

Firma ^X_____

•Dichiara di:

- ☐ dare il proprio assenso
☐ non dare il proprio assenso

liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza all'avvio della procedura per la valutazione della richiesta allegata al presente modulo.

Data __/__/____

Firma ^X_____

REVOCA DEL CONSENSO INFORMATO

Io Sottoscritto/a _____ dichiaro di voler revocare:

- ☐ in tutto. Il consenso precedentemente rilasciato.
☐ in parte il consenso precedentemente rilasciato.

Specificare

Data __/__/____

Firma _____

Per utenti 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 ve accertata l'identità del dichiarante secondo le indicazioni contenute nella normativa vigente e nella Procedura Aziendale in materia.

Allegato 2**Consenso al Percorso Sociosanitario**

Con riferimento al consenso acquisito in data _____ da parte del/della Sig./Sig.ra:

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ il ____/____/____ C.F. _____

In qualità di:

- ☐ destinataria delle prestazioni richieste al Punto Unico di Accesso (PUA)
- ☐ genitore o legale rappresentante (nel caso di soggetto minore, interdette] o assistito da amministratore di sostegno) di

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ il ____/____/____ e residente in _____

Via _____ C.F. _____

sono stato/a informato/a che, a seguito della valutazione effettuata dall'Unità di Valutazione Territoriale del Distretto AREA OVEST è stato individuato per il sottoscritto/ per la persona da me amministrata, il seguente percorso sociosanitario:

Dichiaro:

- che riguardo al percorso proposto mi sono stati descritti dettagliatamente ed accuratamente tutti gli aspetti relativi agli interventi sanitari e sociali previsti, inclusi gli aspetti assistenziali ed economici, i tempi di attuazione, la sede degli interventi e quant'altro necessario alla piena comprensione della proposta;
- che tutte le domande poste hanno avuto risposta adeguata e soddisfacente;
- di essere stato, inoltre, informato della possibilità di revocare in tutto o in parte, in qualsiasi momento, il presente consenso, rinunciando al percorso sociosanitario proposto qualora la revoca parziale del consenso risulti incompatibile con l'attuazione del percorso medesimo;

Pertanto, effettuate tutte le valutazioni, riflessioni e approfondimenti sulle informazioni e chiarimenti fornitimi, in pieno possesso delle mie facoltà liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza,

Dichiaro di (siglare):

- ☒ dare il mio assenso
- ☐ non dare il mio assenso

al percorso sociosanitario sopradescritto,

Data ____/____/____

Firma ^X _____