

 <p><b>ATSSardegna</b> Azienda Tutela Salute</p> <p>SC Direzione Servizi Socio sanitari</p> <p>SC Funzione di Committenza - Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie</p> <p>SC Qualità, Appropriately, Clinical Governance e Risk Management</p>	<p><b>PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA): FRONT OFFICE E BACK OFFICE</b></p>	<p>Edizione 09.08.2021</p> <p>Pagina 13 di 18</p>
---	--	---



**Allegato n. 1**

**Informativa e domanda di Valutazione Multidimensionale**

DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI \_\_\_\_\_

Punto Unico di Accesso

**Dati anagrafici del richiedente**

Il/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'inserimento<sup>1</sup>.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> 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

 <p><b>ATSSardegna</b> Azienda Tutela Salute</p> <p>SC Direzione Servizi Socio sanitari</p> <p>SC Funzione di Committenza - Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie</p> <p>SC Qualità, Appropriatelyzza, Clinical Governance e Risk Management</p>	<p><b>PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA): FRONT OFFICE E BACK OFFICE</b></p>	<p>Edizione 09.08.2021</p> <p>Pagina 14 di 18</p>
--	--	---

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:

- 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);
- 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;
- 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;
- 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;
- 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.