

# LA DOMANDA UVG

**A cura dell'Area Anziani, Sviluppo Integrazione Socio-sanitaria  
e Ufficio Tutela del Consorzio Ovest Solidale**

# TIPOLOGIA DI INTERVENTI ATTIVABILI

Attraverso la domanda UVG è possibile accedere ai seguenti servizi

## Residenzialità



**L'inserimento in una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)** risponde ai bisogni sanitari e assistenziali **di anziani non autosufficienti ultrasessantacinquenni, che non possono essere assistiti a domicilio.** L'anziano non autosufficiente e la sua famiglia possono **scegliere tra le RSA autorizzate e accreditate presso il Sistema Sanitario. La retta è al 50% a carico dell'ASL e al 50% a carico della persona interessata,** che qualora non avesse un reddito sufficiente a pagare la quota spettante, può rivolgersi ai Servizi Sociali per richiederne integrazione.

## Semi-residenzialità



La semiresidenzialità prevede **l'inserimento in centri diurni** per l'assistenza ad **anziani parzialmente non autosufficienti.** Gli obiettivi sono quelli di **favorirne la permanenza a domicilio, fornire supporto concreto alla famiglia e ai caregiver** mantenere e potenziare le capacità residue, stimolando la vita sociale attiva. **La retta è al 50% a carico dell'ASL e al 50% a carico della persona interessata,** che qualora non avesse un reddito sufficiente a pagare la quota spettante, può rivolgersi ai Servizi Sociali per richiederne integrazione.

# TIPOLOGIA DI INTERVENTI ATTIVABILI

Attraverso la domanda UVG è possibile accedere ai seguenti servizi

## Prestazioni a domicilio



Le Prestazioni Domiciliari consentono **di promuovere il benessere, la qualità della vita e l'autonomia degli anziani non autosufficienti favorendo la loro permanenza presso il domicilio.** In seguito ad una valutazione da parte dell'UVG (Unità di Valutazione Geriatrica) del grado di non autosufficienza della persona, Qualora non fosse stata riconosciuta l'invalidità civile, la persona potrà richiedere il SAD (Servizio Assistenza Domiciliare) con un monte ore settimanale definito dalla commissione UVG in compartecipazione con l'ASL. Il beneficiario, se idoneo al contributo, viene inserito in una graduatoria. Le **prestazioni possono essere erogate tramite un contributo economico che prevede l'assunzione di un Assistente Familiare (regolarmente assunta) e/o acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare.**

## Residenzialità temporanea



I ricoveri di sollievo si intendono **ricoveri temporanei che non possono superare i 30 giorni** (anche non continuativi), **presso strutture residenziali convenzionate.** Servono a garantire un **periodo di sollievo alle famiglie che scelgono di assistere l'anziano a casa e di non ricorrere al ricovero definitivo.** Sono realizzabili qualora compaia un evento che scompensi temporaneamente la situazione familiare, la carenza o l'assenza di assistenza erogata dalla rete (ad esempio: malattia del familiare di supporto, ferie del familiare o delle persone addetto all'assistenza)

# COME PRESENTARE DOMANDA?

1

- Recarsi presso i [PUA](#) territoriali e ritirare la domanda o scaricare la domanda dal sito del Consorzio (sezione documentazione) o cliccando su [questo link](#)

2

- Compilare la domanda in tutte le sezioni
- Raccogliere tutta la documentazione necessaria da allegare alla domanda

3

- Consegnare la domanda presso i PUA territoriali nei giorni ed orari di apertura \*

**\*Attenzione:** Nel caso in cui l'istanza non venisse presentata dalla persona interessata la persona delegata deve presentarsi munita di modulo di delega (debitamente compilato), documento d'identità proprio e del delegante (originale o fotocopia)

## P.U.A. - Punto Unico di Accesso

### COLLEGNO

Via Torino I presso Parco della Certosa  
(Generale C.A. Dalla Chiesa)

#### Accesso libero

**martedì e giovedì 9 - 13**

Piano Terra - stanza 39

(Il numeratore eroga i biglietti fino alle 12)

### RIVOLI

Corso Francia 98 presso "Casa della  
Comunità"

(adiacente al Municipio di Rivoli)

**Accesso libero mercoledì 9 - 13**

(Il numeratore eroga i biglietti fino alle 12)

# LA DOCUMENTAZIONE NECESSARIA

## 1 Modulo Domanda\*

**AS** A.S.L. TO3  
Azienda Sanitaria Locale  
di Caviglioglio e Pinerolo

Prot. n. \_\_\_\_\_/Tit. \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**Richiesta di valutazione/rivalutazione socio-sanitaria**  
da presentare in duplice copia (una copia verrà restituita a titolo di ricevuta)

**ALL'UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA (U.V.G.) dell'A.S.L. TO3**  
*Alla consegna presentarsi con documento di identità valido dell'interessato e, in caso di altra persona, anche del proprio*

RICHIESTA     SEGNALEZIONE

di **Valutazione Multidimensionale**  
sanitaria

di **Rivalutazione sociale**  
socio-sanitaria

al fine della definizione o ridefinizione di un Progetto socio-sanitario

per il **Signor/ra** \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Medico Curante: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**La richiesta è avanzata dal**

diretto interessato

o dal  tutore     amministratore di sostegno

**Sig/ra** \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
e - mail \_\_\_\_\_

## 2 Consenso informato (firmato da interessato)

ASL TO3 - U.V.G. Distretto Area Metropolitana Centro

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 GDPR 2016/679  
Gentile Utente, La informiamo che i dati personali da Lei forniti all'ASL TO3 (di seguito " Titolare ") saranno trattati secondo quanto previsto dal " Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento Generale sulla Protezione dei dati, di seguito GDPR) " : i dati personali a Lei riferiti verranno raccolti e trattati nel rispetto dei principi di correttezza, liceità e tutela della riservatezza, con modalità informatiche ed esclusivamente per finalità di trattamento dei dati personali dichiarati nella domanda.

Le tipologie di dati trattati sono:

- personali: quali ad esempio dati anagrafici, domicilio, residenza, codice fiscale, ISEE, stato civile, professione, recapito telefonico, indirizzo di posta elettronica personale;
- particolari: quali ad esempio dati sanitari, stato di salute, stile di vita;
- eventuali dati giudiziari.

Il trattamento è finalizzato all'espletamento delle funzioni istituzionali dell'Ente. I dati acquisiti, saranno utilizzati esclusivamente per le finalità relative al procedimento amministrativo per i quali vengono comunicati ovvero per le finalità di valutazione socio sanitaria e susseguente individuazione del Progetto Individuale; l'acquisizione dei dati e il relativo trattamento sono obbligatori in relazione alla valutazione da effettuarsi: né consegue che l'eventuale rifiuto a fornirli potrà determinare l'impossibilità del Titolare del trattamento a erogare il servizio richiesto. I dati di contatto del Responsabile della protezione dati (DPO) sono [dspe@aslto3.piemonte.it](mailto:dspe@aslto3.piemonte.it)

I recapiti del Titolare del trattamento dei dati personali sono: Azienda Sanitaria Locale Torino 3 (ASL TO3), con sede legale in Via Martiri XXX Aprile n° 30, 10093 Collegno (TO), rappresentata dal Direttore Generale pro tempore - Pec : [aslto3cert.aslto3.piemonte.it](mailto:aslto3cert.aslto3.piemonte.it) Telefono: +39 011 40171. I Suoi dati saranno trattati esclusivamente da soggetti regolarmente Designati ed Autorizzati e Responsabili Esterni individuati dal Titolare o da soggetti incaricati individuati dal Responsabile, autorizzati e istruiti in tal senso, adottando tutte quelle misure tecniche e organizzative adeguate per tutelare i diritti, la libertà e i legittimi interessi che Le sono riconosciuti per legge in qualità di Interessato. Tutti gli operatori sono tenuti al rispetto delle normative di legge per quanto attiene la riservatezza dei dati trattati.

I Suoi dati, resi anonimi, potranno essere utilizzati anche per finalità statistiche (d.lgs. 281/1999 e s.m.i.) ai sensi dell'art. p. par. 2, lettera j); art. 89, par. 1 del GDPR n. 679/2016;

I Suoi dati personali sono conservati per il periodo di almeno cinque anni. I Suoi dati personali non saranno in alcun modo oggetto di trasferimento in un Paese terzo extraeuropeo, né di comunicazione a terzi fuori dai casi previsti dalla normativa in vigore né di processi decisionali automatizzati compreso la profilazione.

Potrà esercitare i diritti previsti dagli artt. da 15 a 22 del regolamento UE 679/2016, quali: la conferma dell'esistenza o meno dei suoi dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; diritto di accesso, di cancellazione, la limitazione dei dati, l'aggiornamento, la rettifica, diritto di portabilità. Diritto di opposizione compreso il processo decisionale automatizzato, rivolgendosi al Titolare o al Responsabile della protezione dei dati (DPO) tramite i contatti di cui sopra o il diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo competente.

Li \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

L'Interessato o Suo Legale Rappresentante

## 3 Fotocopia C.I.+C.F. interessato e di chi presenta domanda



# LA DOCUMENTAZIONE NECESSARIA

## 4 Scheda Medica

A cura del  
medico di base



**A.S.L. TO3**  
Azienda Sanitaria Locale  
Allegato 1

**SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA**

Cognome	Nome
Luogo	Data di nascita

IL/LA PAZIENTE È A DOMICILIO

IL/LA PAZIENTE È PRESSO UNA STRUTTURA SOCIO-SANITARIA  
SPECIFICARE \_\_\_\_\_ DA \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

IL/LA PAZIENTE È PRESSO UNA STRUTTURA SANITARIA (OSPEDALE, CASA DI CURA, CIVIS...)  
SPECIFICARE \_\_\_\_\_ DA \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

lo scheda informativa è stata compilata con il supporto delle informazioni presenti nella documentazione della Struttura Sanitaria

lo scheda informativa è stata compilata senza il supporto delle informazioni presenti nella documentazione della Struttura Sanitaria

*Spese clinico-strumentali con particolare riferimento alle patologie invalidanti:*

## 5 Impegnativa del medico di base (cod. 8907,2 consulto interdisciplinare definito complessivo – UVG)

## 6 ISEE + DSU (presso CAF/Patronato)

**INPS**  
**ATTESTAZIONE ISEE**

L'INPS attesta che, in base ai dati contenuti nella Dichiarazione Sostitutiva Unica con numero di protocollo INPS-ISEE-\_\_\_\_\_ presentata da **MARIA ROSSI** in data 26/01/2024,

- il nucleo familiare del Dichiarante è così composto:

NUCLEO FAMILIARE DEL DICHIARANTE	Relazione con il dichiarante	Cognome	Nome	Codice fiscale
D	ROSSI	MARIA		
CNC	VERDONE	LUCIA		
F	VERDONE	DANIELE		
F	VERDONE	LUDOVICA		

È stato calcolato il seguente indicatore:  
**ISEE ORDINARIO** (Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)) è il seguente: Euro **15.390,70**

**Nota Bene:** l'ISEE ordinario sopra riportato è valido per la generalità delle prestazioni, salvo quanto di seguito specificato.

Ove siano richieste **prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria** (di cui all'articolo 6 del DPCM 5 dicembre 2013, n.159), **prestazioni agevolate rivolte a minorenni** (articolo 7), **prestazioni per il diritto allo studio universitario** (articolo 8), o **ISEE comunitario** (articolo 9), l'attestazione potrà assumere specifiche connotazioni. Per tali prestazioni, con riferimento al nucleo familiare sopra indicato, l'ISEE ordinario potrà essere utilizzato nei seguenti casi:

- si applica alle **PRESTAZIONI AGEVOLATE RIVOLTE A MINORENNI** in favore di \_\_\_\_\_
- non si applica alle **PRESTAZIONI AGEVOLATE PER IL DIRITTO ALLO STUDIO UNIVERSITARIO**
- non si applica alle **PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE RESIDENZIALI PER PERSONE MAGGIORENNI**

L'ISEE ordinario si applica inoltre alle **prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria non residenziali per persone maggiorenni e ai corsi di dottorato**, qualora non si intenda avvalersi della facoltà di considerare un nucleo familiare ristretto (composto dal beneficiario, dall'eventuale coniuge e dagli eventuali figli).

- relativamente all'indicatore calcolato si fornisce la modalità di calcolo:

## DSU ISEE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA UNICA per il calcolo dell'ISEE

La Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) è la dichiarazione necessaria per calcolare l'ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) ai fini dell'accesso alle prestazioni sociali agevolate. Raccoglie informazioni sul nucleo familiare e su tutti i suoi componenti (rispettivamente, nel "Modello Base" – MB – e nei "Fogli Componente" – FC). La DSU si compone di diversi moduli e quadri da compilare a seconda delle caratteristiche del nucleo e del tipo di prestazione che si intende richiedere, come di seguito specificato. Nella gran parte delle situazioni, è sufficiente compilare il modello **MINI** (composto dai moduli MB.1 e FC.1).

<b>Modulo MB.1</b>	Compilazione da parte di tutti, per tutte le prestazioni (Modello MINI)
<b>Modulo MB.2</b>	Da compilare solo in caso di: ✓ prestazioni per il diritto allo studio universitario ✓ prestazioni per minorenni in caso di genitori non coniugati e non conviventi tra loro
<b>Modulo MB.3</b>	Da compilare solo in caso di: ✓ prestazioni socio-sanitarie residenziali (es.: ricovero presso RSSA, residenza protetta e simili)
<b>Modulo MB.1rid</b>	Da compilare in alternativa al modulo MB.1, quando si preferisce far riferimento ad un nucleo familiare ristretto (solo beneficiario, coniuge e figli) in caso di: ✓ prestazioni socio-sanitarie per persone con disabilità e/o non autosufficienti maggiorenni ✓ prestazioni connesse ai corsi di dottorato di ricerca
<b>Modulo FC.1</b>	Compilazione da parte di tutti, per tutte le prestazioni (Modello MINI)
<b>Modulo FC.2</b>	Da compilare solo in caso di: ✓ presenza nel nucleo di persone non riciclabili e/o non autosufficienti

## 7 Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (Autocertificazione redditi)

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**  
(art. 46 e 47 del DPR 28.12.200 N. 445)

In riferimento alla richiesta di Valutazione Multidimensionale inoltrata all'UVG per la definizione di un progetto socio-sanitario

Il/la sottoscritto/a.....nato/o a.....Prov.....  
il.....residente a.....Prov.....  
Via/piazza.....n.ro.....Telefono.....

**In qualità di**  diretto interessato  tutore  amministratore di sostegno

del sig./sig.ra.....nato/o a.....Prov.....  
il.....residente a.....Prov.....  
Via/piazza.....n.ro.....Telefono.....  
Codice Fiscale.....

Consapevole che le dichiarazioni mendaci sono perseguibili penalmente ai sensi di Legge

**DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità che, alla data dell'istanza

1) percepisce i seguenti redditi:

		Importo mensile
Pensione/Rendita	<input type="checkbox"/> INPS	euro.....
	<input type="checkbox"/> INPDAP	euro.....
	<input type="checkbox"/> INAIL	euro.....
	<input type="checkbox"/> Altro Ente/Stato estero	euro.....
Altri proventi	Specificare: es. proventi da locazione – assegni del coniuge separato legalmente o di fatto o divorziato	euro.....

2)  non è proprietario/comproprietario della casa in cui vive né di altri beni immobili  
 è proprietario/comproprietario (con eventuali pertinenze) della casa in cui vive  
 è usufruttuario o possiede la nuda proprietà della casa in cui vive  
 è proprietario o comproprietario di beni immobili, ma risiede in un alloggio in locazione  
 è proprietario/comproprietario, oltre la casa di abitazione in cui vive, di altri beni immobili

sostiene un canone mensile di locazione per la casa di abitazione pari a euro.....

# IL PERCORSO DELLA DOMANDA



# L'ESITO DELLA DOMANDA

## Per i progetti «domiciliari» e «semiresidenziali»

In base alla data di valutazione e al punteggio ricevuto dalla commissione UVG vengono definiti i tempi di attesa per l'attivazione del progetto (vedi sezione «il percorso della domanda»)

## Per i progetti «residenziali»

L'Unità di Valutazione Geriatrica indica il grado di priorità distinto in:

- **urgente (punteggio pari o superiore a 24)** con presa in carico entro 90 giorni dalla valutazione
- **non urgente (punteggio inferiore a 24)** per la cui presa in carico viene individuato il tempo standard di risposta di un anno dalla valutazione
- **differibile** ove non è previsto un momento di presa in carico