



Fondazione
Scarpari Forattini
onlus

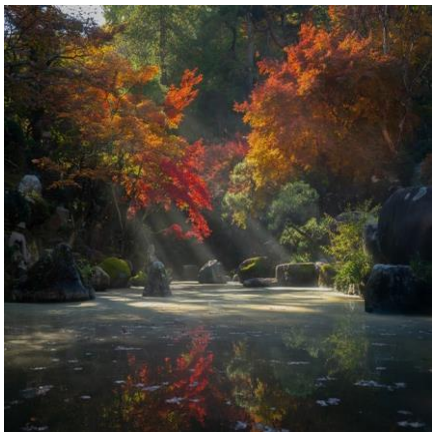
Residenza Sanitaria Assistenziale

Carta dei Servizi



**Allegati
Rsa Aperta**





SOMMARIO

Domanda di accesso alla Misura RSA Aperta	3
<i>Informativa e consenso al trattamento dei dati sanitari tramite Dossier Sanitario Elettronico</i>	5
<i>Modulo di consenso alle cure domiciliari</i>	9



DOMANDA DI ACCESSO ALLA MISURA

RSA APERTA

All'Ente gestore: **FONDAZIONE SCARPARI FORATTINI ONLUS**

Via Garibaldi 25, 46020, Schivenoglia

www.scarpari.it

TEL. 0386/58121

MAIL info@scarpari.it

DATI RIFERITI ALLA PERSONA PER LA QUALE SI RICHIEDONO GLI INTERVENTI DELLA MISURA

Il Sig./La Sig.ra _____
(cognomen e nome)

Data di nascita ____ / ____ / ____ Età ____ Luogo di nascita _____ prov. (____)

Codice Fiscale: _____ Tessera Sanitaria : _____

Residente in _____ prov. (____) CAP _____

Via _____ n° ____ Telefono: _____

e-mail _____

Compilare solo qualora il domicilio non coincida con la residenza

Comune di domicilio _____ prov. (____) CAP _____

Via e n° prov. _____

DATI RIFERITI ALLA PERSONA CHE FIRMA LA DOMANDA

(COMPILARE SOLO SE E' PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE LA MISURA)

Cognome _____ Nome _____

Residente in _____ prov. (____) CAP _____

Via _____ n° ____ Telefono: _____

e-mail _____

CHIEDE

L'accesso alla valutazione prevista per la fruizione degli interventi offerti dalla Misura RSA APERTA.

DICHIARA

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e di Formazione o uso di atti falsi

1. Di non beneficiare / che la persona per la quale vengono richiesti gli interventi non beneficia di misure (compresa la presente) e/o interventi regionali incompatibili ovvero di rinunciarvi/rinuncerà al momento dell'attivazione di RSA APERTA;
2. Di non fruire / che la persona per la quale vengono richiesti gli interventi non fruisce di altri Servizi / unità d'offerta semioresidenziali della rete socio-sanitaria;
3. Di non avere in corso alter richieste per la misura RSA Aperta.

ALLEGA

- Certificazione diagnostica di demenza / Alzheimer (solo per persone affetti da demenza);
- Copia del verbal di Invalidità Civile (per persone anziane non autosufficienti);
- Copia del document di identità in corso di validità dell'interessato all'erogazione della misura;
- Copia del document di identità in corso di validità di chi firma la domanda (se diverso dall'interessato al beneficio della misura);
- Copia dell'eventuale documentazione sanitaria e socio-sanitaria attestante le condizioni clinic-funzionali (solo se già posseduta).

(COMPILARE SOLO SE E' PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE LA MISURA)

- Di essere il coniuge o il convivente o il figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea diretta o collaterale (indicare relazione di parentela): _____
- Di essere altro caregiver (indicare legame con il richiedente: amico, conoscente, ...):

- Di essere Amministratore di Sostegno del beneficiario
(indicare estremi provvedimento di nomina): _____
- Di essere Tutore del beneficiario
(indicare estremi provvedimento di nomina): _____
- Di essere Curatore del beneficiario
(indicare estremi provvedimento di nomina): _____

Luogo e data: _____

FIRMA



Informativa e consenso
al trattamento dei dati sanitari tramite
Dossier Sanitario Elettronico

Relativamente ai servizi resi a:

sig./ra _____

informiamo che l'Ente si serve di strumenti elettronici di elaborazione dei dati ed in particolare del Dossier Sanitario Elettronico.

L'INFORMATIVA

Il Dossier Sanitario è una raccolta contenente diverse informazioni inerenti lo stato di salute di un individuo relative ad eventi clinici presenti e passati (es.: referti, documentazione relativa a ricoveri, accessi al pronto soccorso), volto a documentarne la storia clinica dell'assistito. La raccolta avviene con **strumenti informatici** tali da consentire che i **dati personali siano collegati tra loro**: ciò rende possibile un'agevole consultazione unitaria da parte dei **diversi professionisti** che prendono **nel tempo** in cura l'interessato.

In assenza del dossier sanitario, infatti, il professionista avrebbe accesso alle sole informazioni fornite dal paziente e a quelle elaborate in relazione all'evento clinico per il quale il paziente si è recato presso di lui; attraverso l'uso del dossier sanitario, invece, il professionista pone in essere un ulteriore trattamento di dati sanitari mediante la consultazione delle informazioni elaborate nell'ambito dell'intera struttura sanitaria e non solo del suo reparto – da professionisti diversi - in occasione di altri eventi clinici occorsi in passato all'interessato anche riferiti a patologie differenti rispetto a quella in relazione alla quale l'interessato si è rivolto al professionista che effettua l'accesso al dossier.

Si evidenzia che la costituzione di un dossier sanitario il più possibile completo che documenti la storia sanitaria dell'interessato ha lo scopo di **migliorare il suo processo di cura**.

In particolare la informiamo che:

- in relazione alle finalità perseguite con la costituzione del dossier sanitario, l'accesso a tale strumento è consentito solamente per fini di prevenzione, diagnosi e cura dell'interessato e unicamente da parte di soggetti operanti in ambito sanitario, con conseguente esclusione di periti, compagnie di assicurazione, datori di lavoro, associazioni o organizzazioni scientifiche, organismi amministrativi anche operanti in ambito sanitario, nonché del personale medico che agisca nell'esercizio di attività medico-legali;
- il dossier sanitario può essere consultato soltanto da quegli esercenti la professione sanitaria che a vario titolo prenderanno in **cura l'interessato**, secondo modalità tecniche di autenticazione che consentano di autorizzare l'accesso al dossier sanitario da parte del medico che ha in cura l'interessato;
- il personale amministrativo operante all'interno della struttura sanitaria in cui viene utilizzato il dossier sanitario può, in qualità di incaricato del trattamento, consultare solo le informazioni necessarie per assolvere alle funzioni amministrative cui è preposto e strettamente correlate all'erogazione della prestazione sanitaria (ad es., il personale addetto alla prenotazione di esami diagnostici o visite specialistiche può consultare unicamente i soli dati indispensabili per la prenotazione stessa);
- l'accesso al dossier sanitario è sempre consentito al soggetto che ha redatto il documento con riferimento al documento medesimo;
- l'accesso al dossier sanitario è circoscritto al periodo di tempo indispensabile per espletare le operazioni di cura per le quali è abilitato il soggetto che accede. Ciò, comporta che i soggetti abilitati all'accesso possono consultare esclusivamente i dossier sanitari **riferiti alla persona che assiste** e per il periodo di tempo in cui si articola il percorso di cura per il quale l'interessato si è rivolto ad essi.

Il dossier sanitario potrebbe essere consultato, anche senza il suo consenso, ma nel rispetto delle Linee guida in materia di Dossier sanitario - 4 giugno 2015 (Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 164 del 17 luglio 2015).

Le banche dati sono conservate sul **SERVER DELLA FONDAZIONE**

Il Resp. del Trattamento anche in relazione al profilo della sicurezza delle banche **dati del Dossier Sanitario Elettronico è la ditta SGD INFORMATICA. nella persona di Andreoli Bruno.**

La creazione del DSE e la consultazione delle informazioni in esso indicizzate o contenute sono operazioni che possono avvenire solo attraverso un triplice consenso: dettagliato, specifico ed esplicito dell'interessato.

L'eventuale mancato consenso totale o parziale alla costituzione del dossier sanitario non incide sulla possibilità di accedere alle cure mediche richieste. Ma si evidenzia che l'informatizzazione del processo di raccolta ed archiviazione dei dati assicura una maggiore efficienza nella gestione dei tempi di analisi e confronto dei dati in successione storica con conseguente miglioramento delle performance di erogazione del servizio che rimarrà sempre e comunque erogato sotto la responsabilità ed autorizzazione specifica del medico responsabile escludendo, sotto ogni forma, processi decisionali frutto di profilazioni informatizzate.

ESERCIZIO DEI DIRITTI

All'interessato sono riservati i diritti di cui all'art.7 del Codice Privacy ed in particolare:

- ✓ **richiedere di conoscere gli accessi eseguiti sul proprio dossier** con l'indicazione della struttura/reparto che ha effettuato l'accesso, nonché della data e dell'ora dello stesso;
- ✓ **oscurare alcuni eventi clinici presenti in tale strumento**; il titolare del trattamento garantisce la possibilità per l'interessato di non far confluire in esso alcune informazioni sanitarie relative a singoli eventi clinici (ad es., con riferimento all'esito di una specifica visita specialistica o alla prescrizione di un farmaco) se richiesto. L'oscuramento dell'evento clinico (revocabile nel tempo) avviene con modalità tali da garantire che, almeno in prima battuta, tutti i soggetti abilitati all'accesso non possano venire automaticamente a conoscenza del fatto che l'interessato ha effettuato tale scelta ("oscuramento dell'oscuramento");
- ✓ **revocare il consenso**; in caso di revoca (liberamente manifestabile in qualsiasi momento) del consenso, il dossier sanitario non sarà ulteriormente implementato. I documenti sanitari presenti rimarranno disponibili solo al professionista o alla struttura interna al titolare che li ha redatti e per eventuali conservazioni per obbligo di legge (art. 22, comma 5, del Codice), ma non saranno più condivisi da parte di altri professionisti degli altri reparti o altre strutture che prenderanno in cura l'interessato.

CONTATTI E RICHIESTE

Le modalità attraverso le quali l'interessato può rivolgersi al Titolare per esercitare **i diritti a lui riservati dalla legge** sono mediante richiesta scritta da inoltrare:

- per posta ordinaria a Fondazione Scarpari Forattini Onlus Via Garibaldi 25 46020 MN
- e mail info@scarpari.it - pecscarpari@messaggi.pec
- direttamente all'ufficio amministrativo negli orari di apertura al pubblico (dal lunedì al sabato dalle ore 9.00 alle ore 12.00)

A questo proposito la informiamo che il Resp. della Protezione Dati del Titolare è la Dott.ssa

Maide Amadori contattabile presso l'ENTE agli usuali recapiti

- Indirizzo di posta elettronica info@scarpari.it
- Indirizzo di posta PEC scarpari@messaggipec.it
- Telefono 0386 58121 fax 0386 58192

Ad ogni richiesta, il titolare del trattamento o un suo delegato devono fornire riscontro entro 15 giorni dal suo ricevimento. Se le operazioni necessarie per un integrale riscontro alla richiesta sono di particolare complessità, ovvero ricorre altro giustificato motivo, il titolare o un suo delegato ne danno comunicazione all'interessato.

In tal caso, il termine per l'integrale riscontro è di 30 giorni dal ricevimento della richiesta medesima.

Le ricordiamo che in caso di violazione dei suoi dati personali potrà proporre un reclamo all'autorità italiana competente: "Garante per la protezione dei dati personali" ed anche ad una autorità di controllo europea nei casi consentiti ai sensi dell'art.77.

TEMPI di CONSERVAZIONE dei DATI presenti nel DOSSIER

I Suoi dati saranno conservati per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per i quali sono stati trattati, fatto salvo il maggior tempo necessario per adempiere ad obblighi di legge in ragione della natura del dato o del documento o per motivi di interesse pubblico o per l'esercizio di pubblici poteri. A riguardo, si richiama il documento di riferimento aziendale denominato Protocollo Tenuta FASAS contenente le indicazioni del Massimario di scarto adottato in conformità della DGR Lombardia Decreto n. 15229 del 1 dicembre 2017 – Approvazione della "versione 04".

L'Azienda potrà utilizzare i Suoi dati personali in occasione di un Suo eventuale successivo accesso (ricovero, prestazione ambulatoriale, ecc.) al fine di garantirLe e assicurarLe le cure e l'assistenza più appropriata.

LA SOTTOSCRIZIONE

Ai sensi dell'art. 82 comma 2 del D.Lgs.196/03, che prevede che l'interessato o colui che lo rappresenta debba esprimere per iscritto il proprio consenso per il trattamento dei dati relativi alla salute, la preghiamo di esprimere la sua volontà nella formula qui di seguito scritta.

Il sottoscritto _____ residente in _____

i cui recapiti telefonici sono _____

<p>In qualità di:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Tutore<input type="radio"/> Parente _____<input type="radio"/> Amministratore di Sostegno <p>dell'utente _____</p> <p>viene edotto dal medico competente e riconosce che le condizioni psicofisiche dell'interessato non consentono di fornirgli una informativa diretta e pertanto valutata la condizione di fatto, in nome dell'interessato e per la tutela della sua dignità,</p>
--

dichiara di aver appreso consapevolmente quanto descritto nell'informativa sopra riportata e in merito al trattamento dei dati attraverso il Dossier Sanitario Elettronico della persona interessata al servizio, sottoscrive la propria volontà, qui ed ora,

Data _____ **In fede** _____

Inoltre, ai sensi del **D.lgs 196/2003 – Codice Privacy - art. 78, comma 5 (Linee guida in materia di Dossier sanitario - 4 giugno 2015 Gazzetta Ufficiale n. 164 del 17 luglio 2015)** dettaglia di seguito, gli specifici consensi:

I CONSENSI.

Il trattamento dei dati personali effettuato mediante il **Dossier Sanitario Elettronico**, perseguendo le finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, deve uniformarsi al principio di autodeterminazione (artt.75 e ss. del Codice).

Pertanto le chiediamo di esprimere la sua volontà nella seguente forma: per ogni paragrafo indichi una sola crocetta.

CONSENSO1:

- 1) *Il trattamento dei dati sanitari effettuato tramite il dossier costituisce un trattamento ulteriore e -come tale- facoltativo rispetto a quello effettuato dal professionista sanitario con le informazioni acquisite in occasione della cura del singolo evento clinico per il quale l'interessato si rivolge ad esso.*

Accenso a far costituire un dossier sanitario con le informazioni cliniche che mi riguardano.

Data _____ In fede _____

CONSENSO 2:

- 2) *L'inserimento delle informazioni relative ad eventi sanitari pregressi all'istituzione del dossier sanitario deve, inoltre, fondarsi sul consenso specifico ed informato dell'interessato, potendo quest'ultimo anche scegliere che le informazioni sanitarie pregresse che lo riguardano non siano inserite in tale dossier. In ogni caso, si sottolinea che non vi è garanzia della completezza delle informazioni cliniche pregresse, considerato che occorre avere riguardo al formato dei dati e alla loro disponibilità.*

Accenso a far costituire un dossier sanitario con le informazioni cliniche relative ad eventi sanitari pregressi che mi riguardano;

Data _____ In fede _____

CONSENSO 3:

- 3) *Informazioni relative a prestazioni sanitarie offerte a soggetti nei cui confronti l'ordinamento vigente ha posto specifiche disposizioni a tutela della loro riservatezza e dignità personale:*
 - a) Vittime di atti di violenza sessuale o di pedofilia;
 - b) Persone sieropositive o che fanno uso di sostanze stupefacenti, di sostanze psicotrope e di alcool;
 - c) Persone che hanno scelto interventi di interruzione volontaria della gravidanza, parto in anonimato, servizi offerti dai consultori familiari;

Accenso a far costituire un dossier sanitario con le informazioni cliniche relative agli eventi sanitari particolarmente sensibili, come sopra indicati anche pregressi che mi riguardano;

Data _____ In fede _____



MODULO DI CONSENSO ALLE CURE DOMICILIARI

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a residente a _____
in qualità di:

- Utente
- Tutore
- Parente (indicare il grado) _____ dell'utente.
- Amministratore di Sostegno dell'utente.

DICHIARA

di acconsentire all'attivazione del servizio di RSA APERTA al domicilio di:

- UTENTE _____
- INDIRIZZO _____

attivato dal giorno _____

Privacy

In merito al servizio offerto ed al relativo trattamento dei dati personali, dichiara di aver preso visione della documentazione predisposta ai sensi del Reg.UE 679/16 ed in particolare:

1. Carta dei Servizi
2. Informativa e consenso al trattamento dei dati sanitari tramite Dossier Sanitario Elettronico (FaSas)
3. Delega per l'esercizio dei Diritti dell'interessato Paziente

Mediante:

- consegna di copia cartacea da parte dell'Ufficio Amministrativo
- presa visione della copia esposta in prossimità degli uffici, a disposizione degli ospiti e dei familiari
- presa visione della copia pubblicata sul sito internet della Fondazione www.scarpari.it

Schivenoglia, il _____

Firma Assistito/ Tutore/ Amministratore di Sostegno

Fondazione Scarpari Forattini onlus
Via Garibaldi n.25 – 46020 Schivenoglia (MN)
Telefono: 0386/58121 • Fax: 0386/58192
E-mail: info@scarpari.it • Pec: scarpari@messaggipec.it
Sito internet: www.scarpari.it

CONTATTI DIRETTI

UFFICIO AMMINISTRATIVO

CENTRALINO: bbulgarelli@scarpari.it ~ nferri@scarpari.it
ASSISTENTE SOCIALE: cpizzoli@scarpari.it
RESPONSABILE AMMINISTRATIVO: abarbi@scarpari.it
RESPONSABILE CONTROLLO E MONITORAGGIO GESTIONE: cgabrielli@scarpari.it
UFFICIO ACQUISTI: dbuzzi@scarpari.it
UFFICIO PERSONALE: vnaldi@scarpari.it

REPARTI RSA

UFFICIO ACCOGLIENZA: accoglienza@scarpari.it
DIREZIONE SANITARIA: fbruno@scarpari.it
SERVIZIO INFERMIERISTICO: aloi@scarpari.it
SERVIZIO PSICO-EDUCATIVO: eghirardi@scarpari.it
SERVIZIO RIABILITATIVO: cluppi@scarpari.it
SERVIZIO SOCIO-ASSISTENZIALE: amorresi@scarpari.it