



AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA

A.S.P. "Carlo Pezzani"

Viale Repubblica, n. 86
27058 VOGHERA (PV)
Tel. 0383 – 644406

● ***Che cosa si deve presentare per fare domanda per il ricovero nelle RSA?***

Alla **DOMANDA DI DEGENZA** è necessario allegare la seguente documentazione

- **CERTIFICAZIONE SANITARIA PERSONALE**
- **SCHEMA SOCIALE**
- **SCHEMA ANAGRAFICA**
- **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**
- **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI EFFETTUATO CON IL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (CRS SISS)**

● ***In che giorni bisogna consegnare le domande di ricovero?***



**CONSEGNA PRESSO L'UFFICIO SEGRETERIA –
A.S.P. "CARLO PEZZANI"
VIALE REPUBBLICA N. 86
27058 VOGHERA PV
TELEFONO: 0383/644406 FAX: 0383/640657
Mail: segreteria@aspvoghera.it**

NEI SEGUENTI GIORNI:

*Lunedì – Martedì – Mercoledì – Giovedì
dalle ore 09.00 alle ore 12.00 e dalle 14.00 alle 16.00
Venerdì dalle ore 09.00 alle ore 12.00*

**LA DOMANDA RICONSEGNA E DEBITAMENTE COMPILATA VERRA' INSERITA
ALL'INTERNO DI UNA
GRADUATORIA**



Allegati alla domanda vanno presentati i seguenti documenti:

- **FOTOCOPIA CARTA DI IDENTITA'**
- **FOTOCOPIA TESSERA SANITARIA**
- **FOTOCOPIA ATTESTATO ESENZIONE DAL PAGAMENTO DEL TICKET**
- **FOTOCOPIA ATTESTAZIONE INPS INVALIDITA' CIVILE L. 104/92**

L'ACCETTAZIONE NELLE RSA 1 E RSA 2 DELL'ASP "CARLO PEZZANI" È SUBORDINATA ALL'ESITO DI UNA VALUTAZIONE DELLE CONDIZIONI FISICHE E PSICHICHE DEL SOGGETTO DA PARTE DEL COORDINATORE MEDICO DELL'ASP.



Successivamente, l'Ufficio Segreteria contatterà telefonicamente per informare circa il giorno e l'ora del ricovero che dovrà essere effettuato nelle 48 h successive alla chiamata.



• ***E per quanto riguarda la retta?***

RETTE IN VIGORE NELLE RSA1 E RSA 2 A PARTIRE DAL 1 OTTOBRE 2019

Retta mensile Ospiti Accreditati

CAMERA DOPPIA € 1.896,00

Retta giornaliera camera doppia € 62,34

IVA: ESENTE

Dalla retta sono esclusi i seguenti servizi/prestazioni:

- ✓ Servizio di trasporto con autolettighe
- ✓ Taglio capelli, colore, permanente, podologia curativa
- ✓ Assistenza per visite in ospedale
- ✓ Servizi funebri

DIMISSIONI

Eventuali dimissioni volontarie devono essere comunicate alla Direzione Medica e all'Ufficio Ragioneria con almeno 15 giorni di preavviso, come da Regolamento di Gestione che viene consegnato ai familiari dell'ospite il giorno dell'ingresso in struttura, unitamente alla Carta dei Servizi.



● *Come si svolgerà il ricovero?*

- ❖ Il nuovo Ospite verrà accolto nella camera che si è resa disponibile.
- ❖ L'équipe predispone tutta la documentazione necessaria per la compilazione del Fascicolo socio sanitario. Il giorno dell'ingresso l'I.P. e l'ASA/OSS accoglieranno, insieme al medico, il nuovo Ospite e il suo familiare.
- ❖ L'Infermiera professionale e l'ASA/OSS in turno provvedono ad accompagnare in camera l'ospite e a sistemare gli effetti personali e a fornire le prime informazioni sull'organizzazione della Struttura.
- ❖ I Familiari incontrano il medico di struttura per la raccolta dei dati anamnestici per la compilazione del Fascicolo Socio Sanitario e successivamente l'Infermiera professionale in turno per raccogliere le notizie inerenti i bisogni assistenziali e le abitudini dell'ospite.
- ❖ Viene inoltre effettuato un colloquio con gli Animatori per una prima conoscenza delle attitudini, propensioni e capacità residue dell'ospite.

Il medico provvederà ad effettuare una visita medica al nuovo Ospite con relativo esame obiettivo generale e proporrà eventuale inserimento in servizio di FISIOTERAPIA. Le Infermiere professionali provvederanno alla rilevazione e successiva registrazione dei parametri vitali, del peso e della temperatura dell'ospite.



AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA
A.S.P. "Carlo Pezzani"

AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA "CARLO PEZZANI" – VOGHERA

COSA PORTARE

CORREDO CONSIGLIATO ALL'INGRESSO

Sig. _____ data/ora ingresso _____ nucleo _____

familiare di riferimento _____ tel n. _____

CORREDO DA CONCORDARE CON GLI ALTRI OPERATORI DEL SERVIZIO GUARDAROBA (segnare il numero di capi portati all'ospiti e riconsegnare la scheda al guardaroba).

All'ingresso, i familiari devono provvedere a codificare tutti i capi indicati nella tabella con il COGNOME dell'ospite, in stampatello ed in modo visibile, con pennarello nero indelebile (non etichette adesive) Consegnare il corredo al personale del Guardaroba il giorno del ricovero. Sarà cura del Guardaroba consegnare al nucleo i capi consegnati.

| n°capi richiesti | n°capi consegnati dall'ospite | Descrizione | Note |
|------------------|-------------------------------|--|-----------------------------------|
| 5 | | Asciugamani per viso | |
| 2 | | Teli da bagno | |
| 8 | | Fazzoletti in cotone | |
| 7 | | Camicia da notte o pigiami in maglia di cotone | |
| 12 | | Mutande | Se utilizzate |
| 7 | | Maglia intima in cotone o misto lana | Lavabile in lavatrice a 30/40°C * |
| 7 | | Paia di calze "sanitari" prive di elastico o calze autoreggenti | |
| 7 | | Tute (pantaloni + felpa/cardigan) | Lavabili in lavatrici a 30/40°C * |
| 7 | | Maglie (manica corta e/o manica lunga) da accompagnare ai pantaloni | |
| 2 | | Paia di pantofole/ciabatte (lavabili), scarpe con spazzola (se utilizzate) | |

| | | | |
|---|--|---|---|
| 8 | | Bavaglie in spugna cm 60x45 | Conservate nell'armadio della sala da pranzo del nucleo |
| 2 | | Mantelline o golf misto lana | Lavabili in lavatrice a 30/40°C * |
| 1 | | Prodotti cura del corpo (Rasoio elettrico, deodorante, spazzolino da denti, pettine, spazzola per capelli, prodotti di bellezza personali, ecc) | |
| 5 | | T-shirt Bianche in cotone manica corta | |

*** Fino a quando verrà prorogata l'emergenza Covid-19, tutta la biancheria verrà lavata a 60 °C**

I familiari sono pregati di provvedere al cambio/sostituzione del corredo **in caso di usura al cambio stagionale consegnandoli al Guardaroba.**

CORREDO NECESSARIO IN CASO DI RICOVERO CONSERVATO IN UNA BORSA NELL'ARMADIO DELL'OSPITE

| | |
|---|---------------------------------|
| N. 1 CAMICIA DA NOTTE/PIGIAMA | N. 1 MAGLIETTA INTIMA IN COTONE |
| N. 1 ASCIUGAMANO PER VISO+OSPITE | N. 1 PAIO DI CALZINI |
| N. 1 PAIO DI MUTANDE (SE UTILIZZATE) | N. 1 PAIO DI CIABATTE |
| N. 1 SAPONE LIQUIDO, SPAZZOLINO DA DENTI, PETTINE | N. 1 PANNOLONE |

Si precisa che il lavaggio degli indumenti e della biancheria viene effettuato con macchine industriali e a temperature elevate.

Si declina ogni responsabilità in caso di deterioramento di capi in conseguenza del mancato rispetto delle indicazioni precedenti.

Per maggiori informazioni e consegna dei capi richiesti rivolgersi al personale del **Guardaroba (0383.644446), Sig.ra Frattini Fabiana, (da lunedì a venerdì dalle 08.30-12.00; 13.00-16.00).**

Data di ricevimento domanda:

____/____/____

Al Signor Presidente
A.S.P. "Carlo Pezzani"
Viale Repubblica, n. 86
27058 Voghera (PV)

DOMANDA DI INGRESSO PER RSA E CENTRO DIURNO INTEGRATO

__ I __ sottoscritt __ Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

nat __ a _____ Prov. di _____ il __ \ \ __ \ e residente in

Via _____ n. ____ a _____

Prov. di _____ in qualità di _____

del __ signor __ Nome e Cognome _____

chiede l'istituzionalizzazione

presso codesta RSA del __ suddett __ Signor _____

nat __ a _____ Prov. di _____ il __ \ \ __ \ e residente in

Via _____ n. ____ a _____ Prov _____

in qualità di:

ospite accreditato RSA (retta 62,34 €/die- 1.896,00 € mensile);

ospite accreditato CENTRO DIURNO INTEGRATO (retta 16,44 €/die- € 500,00 mensili);

Con la presente, si impegna sin d'ora, a corrispondere all'Amministrazione di codesto Istituto l'importo della retta in vigore, accettando, nel contempo, gli eventuali aumenti che verranno apportati alla retta stessa.

Fiducios __ nell'accoglimento della presente, anticipatamente ringrazia e porge i più cordiali saluti.

Voghera, __ \ \ \ _____ \

Firma



AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA
A.S.P. "Carlo Pezzani"

Viale Repubblica, n. 86
27053 VOGHERA PV

SCHEDA SOCIALE RSA

Cognome e Nome _____

Stato civile: _____ Cognome /Nome del coniuge _____

Scolarità: n° _____ Anni di Studio _____

Grado di Istruzione: _____

Posizione professionale precedente _____

N° figli viventi maschi |__| e loro stato civile _____

N° figli viventi femmine |__| e loro stato civile _____

I parenti abitano: Vicino Lontano

Condizione abitativa precedente al ricovero: _____

Persone conviventi _____

Amministratore di Sostegno SI _____ NO

Eventi avversi negli ultimi mesi SI NO

(Es: morte di parenti prossimi, divorzio/separazione, cambio residenza, sfratto, malattia grave di un componente della famiglia)

Attività Sociali

Lettura (libri e giornali) SPESSO POCHE VOLTE AL MESE OCCASIONALMENTE MAI

Lavori manuali SPESSO POCHE VOLTE AL MESE OCCASIONALMENTE MAI

Fa o riceve telefonate SPESSO POCHE VOLTE AL MESE OCCASIONALMENTE MAI

Gioca a carte o ad altri giochi di società SPESSO POCHE VOLTE AL MESE
OCCASIONALMENTE MAI

Guarda la televisione/ascolta musica SPESSO POCHE VOLTE AL MESE
OCCASIONALMENTE MAI



AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA
A.S.P. "Carlo Pezzani"

Viale Repubblica, n. 56
27058 VOGHERA PV

SCHEDA ANAGRAFICA

Cognome e Nome _____

Paternità _____ Maternità _____

Luogo di nascita _____ Prov. _____ data ____ \ ____ \ ____ \ ____

Cittadinanza _____

Codice Fiscale _____

Pensione/ente _____ Cat. _____ n. _____

Importo mensile _____

N° Carta Regionale dei Servizi _____

Esenzione ticket n. _____

Usufruisce di buono socio-sanitario? si domanda presentata no

Usufruisce di assegno di accompagnamento? si domanda presentata no

Usufruisce di ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)? si no

Indirizzo e numero di telefono della persona a cui rivolgersi in caso di necessità:

(specificare il grado di parentela) _____



AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA
A.S.P. "Carlo Pezzani"

AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA

A.S.P. "Carlo Pezzani"
SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO IN RSA

Gentile Medico di Medicina Generale,
la scheda sanitaria di ingresso è valida per l'inserimento in RSA. L'obiettivo è quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo delle condizioni cliniche del Suo assistito al fine di valutare l'idoneità di inserimento presso la RSA. La scheda sanitaria deve essere compilata in maniera completa e leggibile.

Cognome e Nome _____

data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Quadro clinico: Patologie principali

| INDICE DI COMORBILITA | DIAGNOSI | ASSENTE | LIEVE | MODERAT O | GRAVE | MOLTO GRAVE |
|---|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Patologie cardiache (solo cuore) Portatore di Pacemaker [] si [] no | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Iperensione arteriosa (valutare severità; gli organi coinvolti vanno considerati separatamente) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apparato vascolare (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apparato respiratorio Polmoni, bronchi, trachea sotto laringe) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apparato digerente tratto superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apparato digerente tratto inferiore (intestino, emie) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fegato (solo fegato) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rene (solo rene) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apparato riproduttivo e altre patologie genito- urinarie (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apparato muscolo-scheletro e cute (muscoli, scheletro, tegumenti) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Patologie sistema nervoso (SNC, SNP; NO DEMENZE) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Patologie sistema endocrino-metabolico (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stato mentale e comportamentale (INCLUDE DEMENZE; depressione, ansia, agitazione, psicosi) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA
A.S.P. "Carlo Pezzani"

AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA

A.S.P. "Carlo Pezzani"
SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO IN RSA

| |
|---|
| MALATTIE INFETTIVE (in atto) |
| INTERVENTI CHIRURGICI E/O RICOVERI OSPEDALIERI E RIABILITATIVI (ultimi 12 mesi) |

ASPETTI CLINICO - FUNZIONALI

| | |
|---|---|
| AUTONOMIA NEL MOVIMENTO | <input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento <input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante per la deambulazione <input type="checkbox"/> mobilizzazione solo in poltrona e/o cambi posturali a letto <input type="checkbox"/> necessita uso di sollevatore <input type="checkbox"/> allettato |
| UTILIZZO AUSILI PER LA DEAMBULAZIONE | <input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> deambulatore <input type="checkbox"/> girello <input type="checkbox"/> altro |
| INCONTINENZA URINARIA | <input type="checkbox"/> SI presidi di assorbenza? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO |
| INCONTINENZA FECALE | <input type="checkbox"/> SI presidi di assorbenza? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO |
| CATETERE VESCICALE | <input type="checkbox"/> SI TIPO _____ CH _____ Data posizionamento _____ <input type="checkbox"/> NO |
| OSSIGENOTERAPIA | <input type="checkbox"/> SI continua <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO discontinua <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO |
| VENTILAZIONE | <input type="checkbox"/> SI invasiva <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO non invasiva <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO |
| CATETERE VENOSO CENTRALE | <input type="checkbox"/> SI tipo _____ sede _____ <input type="checkbox"/> NO |
| LESIONI DA PRESSIONE | <input type="checkbox"/> SI sede _____ stadio <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV sede _____ stadio <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> NO |
| ALTRE LESIONI CUTANEE (incluse ferite chirurgiche) | <input type="checkbox"/> SI sede _____ Sede _____ <input type="checkbox"/> NO |
| CADUTE RICORRENTI | <input type="checkbox"/> SI specificare _____ _____ <input type="checkbox"/> NO |



AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA
A.S.P. "Carlo Pezzani"

AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA

A.S.P. "Carlo Pezzani"
SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO IN RSA

DEFICIT SENSORIALI

| | |
|-----------|---|
| IPOVISUS | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Corretta con occhiali <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si |
| IPOACUSIA | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Corretta con protesi <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si |

DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

| | |
|---|--|
| Stato coscienza alterato | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> soporoso <input type="checkbox"/> coma /stato vegetativo (GCS: /15) |
| Deficit della memoria | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Disorientamento <input type="checkbox"/> temporale <input type="checkbox"/> spaziale <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Disturbi del linguaggio e della comunicazione | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: |
| Crisi d'ansia, attacchi di panico | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Deflessione del tono dell'umore <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Deliri | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Allucinazioni <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Aggressività | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> verbale |
| Disturbi del sonno | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia |
| Wondering /affaccendamento | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Tentativi di allontanamento inconsapevole/tentativo di fuga <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Mezzi di protezione e tutela (contenzione) | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: |
| Etilismo/potus | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso |
| Altro | |

PROBLEMI E CONDIZIONI RELATIVE ALL'ALIMENTAZIONE

| | |
|----------------------------------|---|
| Peso corporeo | KG _____ |
| Altezza | CM _____ |
| Autonomia nell'alimentazione | <input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.) <input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante nell'alimentarsi /necessita di imboccamento |
| Edentulia | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: Protesi: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore Scheletrato: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore |
| Rifiuto del cibo | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Disfagia | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Cibi frullati o omogeneizzati <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Dieta specifica | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: |
| Alimentazione enterale | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG |
| Alimentazione parenterale | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> periferico <input type="checkbox"/> centrale |
| Allergie/intolleranze alimentari | |



AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA
A.S.P. "Carlo Pezzani"

AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA

A.S.P. "Carlo Pezzani"
SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO IN RSA

TERAPIA FARMACOLOGICA:
 NON ASSUME TERAPIA FARMACOLOGICA

TERAPIA IN ATTO
(campo obbligatorio di compilazione da parte del Medico Curante)

| Farmaco/principio attivo | Posologia | Orari di somministrazione |
|--------------------------|-----------|---------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Ulteriori informazioni

Data: ___/___/___

Timbro Medico Medicina generale

Firma

Recapito telefonico



AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA
A.S.P. "Carlo Pezzani"

Viale Repubblica, n. 86
27058 VOGHERA PV

INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ARTT. 13 e 14 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

Gent.le Ospite,

ai sensi della normativa indicata, il trattamento dei Suoi dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Pertanto, in attuazione del Regolamento UE 2016/679, è gradito fornirle le seguenti informazioni.

Titolare del Trattamento

A.S.P. Carlo Pezzani, con sede in 27058 Voghera (PV), Viale Repubblica n. 86, tel. 0383/644406, e-mail segreteria@aspvoghera.it, PEC aspcarlopezzani@legalmail.it nella persona del Suo Legale Rappresentante *pro tempore*

Responsabile della Protezione dei Dati (DPO)

Il Responsabile della Protezione dei Dati è contattabile ai seguenti recapiti: tel 049 0998416, e-mail dpo@robbyone.net; pec dpo.robbyone@ronepec.it

Informazioni sui dati raccolti

1. Dati personali anagrafici e particolari di cui all'art. 9 del GDPR

Finalità trattamento

I dati forniti dall'interessato, dal familiare di riferimento, dal Tutore e, o dall'Amministratore di sostegno, verranno utilizzati avendo come fine istituzionale l'erogazione dei servizi di assistenza, cura e riabilitazione per gli ospiti della struttura.

In particolare i dati conferiti verranno trattati per:

- A. Procedure amministrative inerenti l'espletamento delle prestazioni ambulatoriali c/o sanitarie e socio assistenziali di ricovero richieste;
- B. Valutazione dello stato di salute e decisioni assistenziali, riabilitative e terapeutiche da parte del personale sanitario;
- C. Assistenza socio-sanitaria dell'ospite;
- D. Finalità amministrative contabili connesse alla prestazione del servizio oggetto di contratto
- E. Adempimento degli obblighi di legge;

F. Nell'ambito del Progetto CRS-SISS, l'eventuale utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico – FSE personale. La comunicazione al medico di base dell'evento sanitario che la sta riguardando, sia l'utilizzo dei dati sanitari, tramite il proprio FSE, potranno avere luogo solamente qualora Lei abbia espresso il relativo specifico consenso.

Liceità trattamento

Finalità A, B, C, D:

Senza il consenso espresso, quando il trattamento è necessario per l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso (art. 6 lett. b del GDPR);

Finalità E:

Senza il consenso espresso, poiché il trattamento è necessario per l'assolvimento di un obbligo di legge a cui è soggetto il titolare del trattamento (art.6 par.1 lett. c del Regolamento EU 2016/679 – GDPR);

Finalità F:

Con il consenso espresso dell'interessato (art. 6 del par. 1 lett. a - art. 9 par. 2 lett. a del Regolamento EU 2016/679 – GDPR).

Il trattamento dei Suoi dati particolari, di cui all'art. 9 del GDPR, inerenti alle finalità A, B, C, D, E, saranno trattati senza il consenso espresso poiché inerenti alla terapia ed assistenza socio sanitaria dell'ospite ed altresì poiché necessario per motivi di interesse pubblico rilevante (art. 9, par. 2 lett. g- h GDPR).

Base giuridica del trattamento

Codice Civile Libro V, Legge 8 novembre 2000 n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", D.lgs. 30-12-1992 n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421, art. 8"; Legge 69/2009 "Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile"; Legge 241/1990 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi"; D. Lgs 14 marzo 2013, n. 33 ss.mm. "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"; Legge 104/1992 "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate".

Categorie destinatari dei dati

Personale dell'Ente espressamente autorizzato al trattamento dei dati, Personale socio-sanitario in rapporto contrattuale con l'Ente; Enti previdenziali ed assistenziali; Società che gestiscono reti informatiche e telematiche; Società di elaborazione dati contabili e redazione adempimenti fiscali; Società di servizi postali per l'invio di comunicazioni cartacee; Banche ed istituti di credito nell'ambito della gestione finanziaria dell'Ente; Società, enti, consorzi o altre organizzazioni, aventi finalità di assicurazione e simili; Società o enti di recupero del credito per le azioni relative; Legali, medici e altri consulenti tecnici; Enti Pubblici collegati all'Ente. I dati saranno comunicati inoltre ai servizi competenti della locale ASL e della Regione Lombardia ai quali l'A.S.P. "Carlo Pezzani" è tenuta ai fini dell'assolvimento del debito informativo.

Periodo di conservazione dei dati

I dati conferiti saranno conservati fino alla conclusione del contratto e, successivamente, per il tempo necessario all'espletamento della loro funzione, nel rispetto del principio di minimizzazione disciplinato dall'articolo 5 par. 1 lett. c del Regolamento EU 2016/679 -- GDPR. I dati contenuti all'interno della cartella clinica dell'interessato saranno conservati illimitatamente, così come stabilito nella circolare del Ministero della Sanità n.900 2/AG454/260, emanata il 19 dicembre 1986.

Obbligatorietà fornitura dei dati, motivazione e conseguenze mancata comunicazione

Il conferimento dei dati è obbligatorio per l'esecuzione del contratto richiesto. In mancanza di comunicazione non sarà possibile procedere all'erogazione del servizio.

Fonte di origine dei dati

Raccolti presso l'interessato, il familiare di riferimento, il Tutore, l'Amministratore di Sostegno; forniti da Enti connessi alla gestione del servizio di ospitalità.

2. Foto e Filmati

Finalità trattamento

- G) Attività promozionali dell'attività dell'Ente con esposizione all'interno dell'Ente;
- H) Attività promozionali dell'attività dell'Ente con pubblicazioni cartacee periodiche;
- I) Attività promozionali dell'attività dell'Ente con pubblicazione sul sito internet.

Liceità trattamento

Con il consenso espresso per ogni finalità (art. 9 par. 2 lett. a del GDPR)

Categorie destinatari dei dati

Le immagini e i video, attinenti all'ospite, potranno essere resi noti a terzi per mezzo della loro esposizione all'interno locali dell'ente.

Le immagini e i video divulgati attraverso il sito web istituzionale e/o per mezzo di pubblicazioni cartacee, non permettono al titolare di indicare con esattezza la platea dei destinatari

Periodo di conservazione dei dati

Le immagini e i video inerenti l'ospite verranno conservati, esclusivamente per le finalità su indicate, per il tempo necessario alla loro funzione, nel rispetto del principio di minimizzazione enunciato all'art. 5 par 1 lett c del GDPR. Il titolare verificherà, con cadenza periodica, l'obsolescenza dei dati resi pubblici e provvederà ad eliminare ogni contenuto risultante non più pertinente alla finalità per cui è stato pubblicato.

Le foto di gruppo potranno essere conservate all'interno degli archivi dell'ente per finalità di documentazione storica.

Obbligatorietà fornitura dei dati, motivazione e conseguenze mancata comunicazione

Il conferimento dei Dati è facoltativo. L'eventuale rifiuto alla prestazione del consenso comporterà l'impossibilità, per l'Ente, di utilizzare le immagini e i video.

Fonte di origine dei dati

Raccolti presso l'interessato

Modalità del trattamento

I dati personali verranno trattati in forma cartacea, informatizzata e telematica ed inseriti nelle pertinenti banche dati cui potranno accedere gli addetti, espressamente designati dall'Ente come autorizzati del trattamento dei dati personali, che potranno effettuare operazioni di consultazione, utilizzo ed elaborazione, sempre nel rispetto delle disposizioni di legge atte a garantire, tra l'altro, la riservatezza e la sicurezza dei dati, nonché l'esattezza, la conservazione e la pertinenza rispetto alle finalità dichiarate.

Diritti degli Interessati

Lei potrà, in qualsiasi momento, esercitare i diritti di: accesso ai dati personali (art. 15 del GDPR), ottenere la rettifica o la cancellazione dei dati o la limitazione del trattamento che La riguardano (art. 16, 17 e 18 del GDPR); portabilità dei dati (art. 20 del GDPR); revocare il consenso, ove previsto: la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso conferito prima della revoca (art. 7 par. 3 del GDPR); proporre reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy www.garanteprivacy.it) (art. 15, par. 1, lett. f) del GDPR).

L'esercizio dei suoi diritti potrà avvenire attraverso l'invio di una richiesta mediante email al Titolare del Trattamento o al Responsabile della Protezione dei Dati.

Io sottoscritto _____, codice fiscale _____, dichiaro di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/2016, relativamente ai punti 1, 2.

_____, li _____

Firma dell'Interessato _____

OPPURE

Io sottoscritto/a _____ (C.F. _____) in qualità di _____ (Amministratore di Sostegno / Garante/ Tutore / Familiare)

dell'Ospite _____ (C.F. _____), dichiaro di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/2016.

_____, li _____

Firma _____



AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA
A.S.P. "Carlo Pezzani"

Viale Repubblica, n. 86
27035 VOGHERA PV

DICHIARAZIONE DI CONSENSO PER

_____, codice fiscale _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Io sottoscritto _____ dichiaro di aver letto e compreso in ogni suo punto l'informativa per il trattamento dei miei dati, pertanto esprimo la mia decisione in merito alle seguenti finalità:

- utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico – FSE personale. La comunicazione al medico di base dell'evento sanitario che la sta riguardando, sia l'utilizzo dei dati sanitari, tramite il proprio FSE (fin. F dell'informativa);

ed altresì:

- Attività promozionali dell'attività dell'Ente con esposizione all'interno dell'Ente (fin. H dell'informativa);
- Attività promozionali dell'attività dell'Ente con pubblicazioni cartacee periodiche (fin I dell'informativa);
- Attività promozionali dell'attività dell'Ente con pubblicazione sul sito internet (fin. J dell'informativa).

Acconsente all'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico – FSE personale. La comunicazione al medico di base dell'evento sanitario che la sta riguardando, sia l'utilizzo dei dati sanitari, tramite il proprio FSE (fin. F dell'informativa);

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

Ed inoltre:

Acconsente che i suoi dati siano trattati per informarla sui nuovi servizi erogati dall'Ente come precisato nel punto H dell'informativa?

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

Acconsente che i suoi dati siano trattati per le attività promozionali dell'Ente con pubblicazioni cartacee periodiche (es. giornalino o calendario) come precisato nel punto I dell'informativa?

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

Acconsente che i suoi dati siano trattati per le attività promozionali dell'Ente con pubblicazione sul sito internet come precisato nel punto J dell'informativa?

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

Ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 potrà esercitare i diritti, anche in nome e per conto del soggetto terzo ospite, di seguito riepilogati: accesso ai dati personali (art. 15 del GDPR), ottenimento della rettifica o cancellazione dei dati o la limitazione del trattamento che riguardano l'interessato (art. 16, 17 e 18 del GDPR); opposizione al trattamento (art. 21 del GDPR); portabilità dei dati (art. 20 del GDPR); revoca del consenso, ove previsto: la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso conferito prima della revoca (art. 7 par. 3 del GDPR); porgere reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy) (art. 15, par. 1, lett. f) del GDPR).

_____, li _____

Firma dell'Interessato _____

OPPURE

Io sottoscritto/a _____ (C.F. _____) in qualità di

_____ (Amministratore di Sostegno / Garante/ Tutore / Familiare)

dell'Ospite _____ (C.F. _____), dichiaro di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/2016.

_____, li _____

Firma _____