



AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA
Istituzioni Assistenziali Riunite di Pavia

Modello di domanda e informazioni

RSA Aperta

*Modifiche introdotte
dalla DGR 7769/18*

INFO Generali

Il servizio di RSA Aperta, istituito ai sensi della DGR 2942 del 2014 è stato modificato ai sensi della Delibera di Giunta Regionale del 17 Gennaio 2018 n° 7769.

Per usufruire del Servizio è ora necessario compilare il modulo di domanda allegato e una volta verificato il possesso dei requisiti sopra elencati da parte del Care Manager di ASP, entro 30 giorni dalla presentazione della domanda verrà concordata la visita medica a domicilio per la valutazione dei bisogni.

La domanda deve essere compilata direttamente da un familiare e quindi **non** è più necessaria l'impegnativa del Medico Curante.

In ottemperanza a quanto stabilito da Regione Lombardia, per la fruizione del servizio non esistono limiti di reddito, ma è destinato a persone:

- non autosufficienti e fragili che abbiano compiuto i 75 anni di età e che abbiano riconosciuta l'invalidità al 100%;
- che siano in possesso di una certificazione di Demenza/Alzheimer rilasciata da un medico specialista/Geriatra di strutture accreditate;
- che abbiano un caregiver o una badante.

Orario di apertura di apertura del Servizio per ulteriori informazioni:

La Segreteria è aperta dalle 9.00 alle 18.00, dal Lunedì al Venerdì.

La reperibilità telefonica continua sino alle 19.00 di sera, sabato domenica e festivi compresi.

Principali riferimenti

Nome e Cognome	Funzione Organizzativa	telefono
Dr Carbone Mauro	Direttore Gestionale	0382 381356
Dr.ssa Simona Genta	Care Management	0382 381398
Sig. ra Arcangela Pellegrino	Segreteria	0382 381790

Per informazioni e/o reclami:

info@asppavia.it

adiasp@asppavia.it

per ulteriori info vedere la Carta dei Servizi scaricabile dal sito www.asppavia.it

**DOMANDA DI ACCESSO ALLA MISURA
RSA APERTA**



All'Ente Gestore della RSA Francesco Pertusati – Viale Matteotti, 63 27100 PAVIA

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

Il Sig/La Sig.ra _____
(Cognome 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° _____

**DATI RIFERITI ALLA PERSONA CHE FIRMA LA DOMANDA
(COMPILARE SOLO SE E' PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE LA MISURA)**

Cognome _____ Nome _____

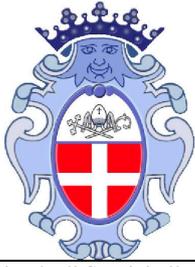
residente in _____ prov. (___) CAP _____

via _____ n° ___ Telefono: _____

e-mail _____

CHIEDE

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



Azienda di Servizi alla Persona
ISTITUZIONI ASSISTENZIALI RIUNITE
di PAVIA

MODULO
Informativa Privacy e
Consenso

Rev. 0
Pag. 1/3

D I C H I A R A

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 semiresidenziali della rete sociosanitaria ;
3. di non avere in corso altre richieste per la misura RSA aperta

ALLEGA

- Certificazione diagnostica di demenza/Alzheimer (solo per persone affette da demenza);
- Copia del verbale di Invalidità Civile (per persone anziane non autosufficienti);
- Copia del documento di identità in corso di validità dell'interessato all'erogazione della misura;
- Copia del documento 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 clinico- funzionali (solo se già posseduta);

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

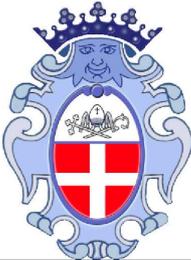
- di essere il coniuge o il convivente o il figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale (indicare relazione di parentela):

- 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

	MODULO Informativa Privacy e Consenso	<i>Rev. 0</i> <i>Pag. 2/3</i>
Azienda di Servizi alla Persona ISTITUZIONI ASSISTENZIALI RIUNITE di PAVIA		

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
 in applicazione del “Codice in materia di protezione dei dati personali”
 e del D. to Lgs. n. 196/2003 del Regolamento UE 2016/679

1. Perché questa Informativa?

Questa informativa serve a spiegare all’interessato le ragioni per le quali viene chiesto il suo consenso al trattamento dei dati personali, fornendogli gli elementi necessari a valutare se fornire tale consenso. L’informativa risponde ad un obbligo di legge, espressamente previsto dal Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. 196/2003 e s.m.i), accoglie le indicazioni espresse dal Gruppo dei Garanti Europei (Gruppo ex art. 29 - WP131 del 2007) e dall’Autorità Garante per la Protezione dei dati personali nelle Linee Guida in tema di Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e di dossier sanitario, emesse il 16 luglio 2009 e le indicazioni previste dal Codice Europeo n. 679/16.

2. Qual è il trattamento per cui si richiede il consenso?

Il trattamento per cui si richiede il consenso è quello concernente il trattamento dei dati personali e sanitari che sarà effettuato da ASP di Pavia solo con il consenso dell’interessato. E’ un trattamento di dati personali sanitari costituito da un complesso di operazioni tra cui la raccolta, l’utilizzo, la comunicazione dei dati, ecc., così come descritte dall’art. 4, co. 1, lett. a) del Codice per il trattamento dei dati personali.

Le finalità del trattamento dei dati sono quelli di cui al punto 4 della presente informativa ed il consenso si esprime alla struttura socio-sanitaria per ottenere la prestazione richiesta.

3. Quali dati sono trattati ?

Fanno parte del trattamento i dati anagrafici e sanitari dell’interessato, in particolare: prescrizioni, patologie, eventi sanitari, referti, verbali di pronto soccorso, lettere di dimissione, piani terapeutici, dati relativi alle cure in corso.

4. Finalità

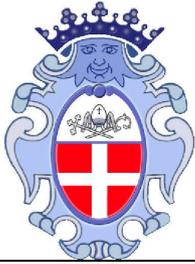
Le finalità del trattamento sono quelle di prevenzione, diagnosi, ricovero, cura e riabilitazione e sono perseguite dai soggetti del Servizio sanitario nazionale e dei Servizi socio-sanitari regionali che prendono in cura l’interessato.

5. Modalità del trattamento

I dati dell’interessato sono trattati con strumenti elettronici e cartacei e sono trasmessi attraverso reti telematiche in caso di richiesta da parte di altre Strutture Sanitarie o per rendicontazioni di attività effettuate nell’ambito delle attività di verifica e controllo condotte da ATS o Regione.

Ogni operazione su tali dati avviene con un livello di sicurezza elevato. In particolare, sono adottate tutte le misure di protezione indicate nella normativa sulla protezione dei dati personali. I dati sanitari sono separati dai dati identificativi, sono firmati digitalmente e sono crittografati. L’autenticazione del personale per l’accesso ai dati avviene mediante procedura basata su firma elettronica, attraverso un’apposita carta a microprocessore.

I dati sono conservati per il tempo previsto dalla normativa vigente. All’interessato è data la possibilità di



Azienda di Servizi alla Persona
ISTITUZIONI ASSISTENZIALI RIUNITE
di PAVIA

MODULO Informativa Privacy e Consenso

Rev. 0
Pag. 3/3

esercitare a più livelli il controllo sul trattamento dei suoi dati, come illustrato dal punto 12 della presente informativa.

6. Conferimento dei dati e conseguenze dell'eventuale rifiuto

Il conferimento dei dati personali per il trattamento non è di natura obbligatorio. Il rifiuto al conferimento comporta però, l'impossibilità di fruire servizio stesso.

7. Chi presta il consenso?

Soltanto l'interessato al quale i dati sanitari si riferiscono. Se l'interessato non è in grado o sotto tutela, sono i soggetti che hanno la potestà legale a esprimere il consenso. E' valido anche il consenso verbale.

8. Soggetti che possono accedere al Trattamento una volta prestato il consenso

Soltanto con il consenso dell'interessato e sempre nel rispetto del segreto professionale, i soggetti che possono accedere al Trattamento sono i medici, il personale sanitario e socio sanitario di ASP e il personale amministrativo per lo svolgimento delle pratiche connesse, oltre all'interessato.

9. Accesso in stato di emergenza

Il personale sanitario può accedere, senza le autorizzazioni previste nel punto 8, ai dati dell'interessato nei casi di emergenza sanitaria, igiene pubblica, rischio grave, imminente ed irreparabile per la salute o l'incolumità fisica dell'interessato. Lo stato di emergenza è esplicitamente dichiarato e sottoscritto dal medico. Tali dichiarazioni sono memorizzate.

10. Titolare del trattamento

Titolare del trattamento dei dati, ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali è ASP Istituzioni Assistenziali Riunite di Pavia, nella figura del Legale Rappresentante.

11. Categorie di incaricati

Ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali sono incaricati del trattamento i medici e il personale socio sanitario e sanitario specificatamente designati, comunque vincolati all'obbligo del segreto professionale.

12. Esercizio dei diritti dell'interessato

Ai sensi dell'art. 7 del Codice in materia di protezione dei dati personali L.196/03 ed ai sensi dell'art.15 e succ.vi del Reg.Eur.679/16 l'interessato può far valere i seguenti diritti:

- diritto di accesso ai dati, richiedendo le seguenti informazioni: origine dei dati; finalità e modalità del trattamento; logica applicata al trattamento; estremi identificativi del titolare e dei responsabili; soggetti o categorie di soggetti cui i dati possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o di incaricati;
- diritto di richiedere l'aggiornamento, la rettifica ovvero l'integrazione dei dati;
- diritto di richiedere la cancellazione (diritto all'oblio), la trasformazione in forma anonima dei dati ed il blocco dei dati se trattati in violazione di legge, fatti salvi tutti gli obblighi di conservazione imposti dalla legge;



Azienda di Servizi alla Persona
ISTITUZIONI ASSISTENZIALI RIUNITE
di PAVIA

MODULO
Informativa Privacy e
Consenso

Rev. 0
Pag. 4/3

- diritto di limitazione di trattamento;
- diritto alla portabilità dei dati;

- diritto di opporsi per motivi legittimi al trattamento dei dati. L'interessato può far valere i summenzionati diritti rivolgendo istanza al titolare attraverso Direttore Generale di ASP Viale Matteotti, 63 – 27100 Pavia nei termini degli artt. 8-10 del Codice in materia di protezione dei dati personali.

13. Informazioni pratiche

L'interessato può esprimere il consenso firmando l'allegato documento:

Per ogni altra informazione sulle finalità perseguite e le funzionalità disponibili è possibile rivolgersi al Numero 0382381360

Per avere informazioni su come presentare istanze relative all'esercizio dei diritti di cui sopra, l'interessato può rivolgersi all'URP di ASP Viale Matteotti, 63 – 27100 Pavia o info@aspavia.it



Formula di acquisizione del consenso per il trattamento di dati in forma scritta

in applicazione del “Codice in materia di protezione dei dati personali”

e del D. to Lgs. n. 196/2003 del Regolamento UE 2016/679

Luogo Data

Il/La sottoscritto/a, Cognome Nome

Acquisite le informazioni contenute nell’Informativa allegata

- presta il suo consenso per il trattamento dei dati ai fini diagnostici, terapeutici e per il relativi adempimenti amministrativi

- Firma leggibile

- presta il suo consenso per la comunicazione dei dati ai soggetti indicati nell’informativa.

Firma leggibile



Formula di acquisizione del consenso per il trattamento di dati in forma orale

in applicazione del “Codice in materia di protezione dei dati personali”
e del D. to Lgs. n. 196/2003 del Regolamento UE 2016/679

Io sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

- in qualità di dipendente di questa Azienda di Servizi alla Persona, nominato incaricato ai fini del trattamento dei dati personali, dichiaro di avere acquisito – alla presenza di due testimoni, il consenso espresso in forma orale dei dati ai fini diagnostici, terapeutici e per il relativi adempimenti amministrativi del sig./delle Sig.ra:

Nome e cognome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

I Testimoni:

1. Nome e cognome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

Firma _____

2. Nome e cognome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

Firma _____

Luogo Data



**Formula di acquisizione del consenso per il trattamento di dati in forma scritta
Espressione del consenso del Tutore/Curatore per conto dell'interessato inabilitato**

in applicazione del "Codice in materia di protezione dei dati
personali"

e del D. to Lgs. n. 196/2003 del Regolamento UE 2016/679

Io sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____

In via _____

in qualità di

- Tutore/Amministratore di Sostegno
- Familiare
- Prossimo congiunto
- Convivente

acquisite le informazioni contenute nell'Informativa allegata

presta il suo consenso per il trattamento dei dati ai fini diagnostici, terapeutici e per il relativi
adempimenti amministrativi in nome e per conto del/la signor/a

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____

In via _____

Firma _____

Luogo Data