

DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO IN R.S.A.

SEZ. 1

DATI ANAGRAFICI

COGNOME E NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ (PROV. _____) DATA _____ M F

CODICE FISCALE _____

RESIDENTE A _____ (PROV. _____) IN VIA/PIAZZA _____ N° _____

TELEFONO/CELL. _____ E - MAIL _____

DOMICILIO IN _____ (_____)
CITTA' (DA INDICARSI SE DIVERSO DALLA RESIDENZA) PROVINCIA

VIA/PIAZZA _____ N° _____ TELEFONO/CELL. _____

EVENTUALE TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:

COGNOME E NOME TELEFONO

CITTA' VIA/PIAZZA N° CIVICO

ATTO N° DEL TRIBUNALE DI

PERSONA DI RIFERIMENTO

COGNOME E NOME DATA DI NASCITA

RESIDENTE A PROV. IN VIA/PIAZZA N.

GRADO DI PARENTELA E-MAIL

TELEFONO/CELL. ALTRI RECAPITI TELEFONICI

URGENZA DELLA DOMANDA:

- ESTREMA ORDINARIA INSERIMENTO IN LISTA
D'ATTESA A SCOPO
PREVENTIVO

MOTIVI DELLA DOMANDA DI RICOVERO:

- STATO DI SALUTE SOLITUDINE
 PROBLEMI FAMILIARI ALTRO (specificare):.....
.....
 CONDIZIONI ABITATIVE ALLOGGIO NON ADEGUATO
 TRASFERIMENTO DA ALTRA UNITA' DI OFFERTA EVENTUALE SFRATTO

SEZ. 2 DATI PERSONALI

SCOLARITÀ:

- ELEMENTARI SUPERIORI ALTRO

ATTIVITÀ LAVORATIVA:

.....

IN MERITO ALLA DECISIONE DEL FUTURO RICOVERO, L'ANZIANO È:

- CONSENZIENTE INDIFFERENTE NON IN GRADO DI DECIDERE
 CONTRARIO NON INFORMATO

LA RICHIESTA È PER UN RICOVERO:

- TEMPORANEO DEFINITIVO

STATO CIVILE:

- CELIBE / NUBILE
 CONIUGATO / A
 SEPARATO / A
 DIVORZIATO / A
 VEDOVO / A

PENSIONE TIPO :

- ANZIANITA' -VECCHIAIA REVERSIBILITÀ INVALIDITÀ SOCIALE
 ALTRO (indicare il tipo) NESSUNA PENSIONE

INVALIDITÀ CIVILE:

- IN CORSO RICONOSCIUTA, AL _____ % DOMANDA NON PRESENTATA

INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> NON RICONOSCIUTA | <input type="checkbox"/> RICONOSCIUTA: (indicare il tipo) | <input type="checkbox"/> CIECO ASSOLUTO |
| <input type="checkbox"/> IN ATTESA | | <input type="checkbox"/> CIECO CON RESIDUO VISIVO |
| <input type="checkbox"/> DOMANDA NON PRESENTATA | | <input type="checkbox"/> INVALIDO 100% CON ACCOMPAGNAMENTO |
| | | <input type="checkbox"/> SORDOMUTO |

RICONOSCIMENTO L. 104 /92

- IN CORSO SI NO DOMANDA NON PRESENTATA

SEZ. 3 RETE SOCIALE E COINVOLGIMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI**ATTUALMENTE IL SOGGETTO PER CUI SI PRESENTA DOMANDA DI RICOVERO SI TROVA:**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> AL PROPRIO DOMICILIO | <input type="checkbox"/> PRESSO PROPRI FAMILIARI |
| <input type="checkbox"/> IN OSPEDALE (INDICARE QUALE).....
.....
REPARTO..... | <input type="checkbox"/> IN STRUTTURA RIABILITATIVA (INDICARE QUALE)
.....
REPARTO |
| <input type="checkbox"/> IN STRUTTURA PROTETTA (INDICARE QUALE)
..... | <input type="checkbox"/> DA QUANTO TEMPO |

SE RESIDENTE IN ABITAZIONE:

- DI PROPRIETÀ IN AFFITTO

SITUAZIONE FAMILIARE:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> VIVE SOLO | <input type="checkbox"/> DA QUANTO TEMPO |
| <input type="checkbox"/> NON VIVE SOLO | |
| <input type="checkbox"/> CONIUGE | |
| <input type="checkbox"/> FIGLIO/A | |
| <input type="checkbox"/> BADANTE | |
| <input type="checkbox"/> ALTRO | |

IL CONVIVENTE È:

- AUTOSUFFICIENTE PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE NON AUTOSUFFICIENTE

ELENCO DEI PRINCIPALI FAMILIARI O PARENTI

	COGNOME E NOME	ETA'	INDIRIZZO (Città, via, n°civico)	TELEFONO	CONVIVENTE?	
1					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

SERVIZI TERRITORIALI DI CUI USUFRUISCE:

SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE COMUNALE:	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)
<input type="checkbox"/> IGIENE PERSONALE	<input type="checkbox"/> M.M.G.
<input type="checkbox"/> PULIZIA CASA	<input type="checkbox"/> INFERMIERE PROFESSIONALE
<input type="checkbox"/> ASSISTENZA SOCIO-ECONOMICA	<input type="checkbox"/> TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE
<input type="checkbox"/> AIUTO PER LA SPESA	<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare): _____
<input type="checkbox"/> PASTO CALDO	
<input type="checkbox"/> TELESOCCORSO	
<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare): _____	

ALTRI SERVIZI DI CUI USUFRUISCE:

- CENTRO PSICOSOCIALE CENTRO DIURNO ANZIANI CENTRO DIURNO INTEGRATO

USA I SEGUENTI AUSILI E/O PRESIDI A DOMICILIO:

- CARROZZINA MATERASSO ANTIDECUBITO SOLLEVATORE
 ALTRO (specificare).....

La Richiesta viene inoltrata:

- DIRETTAMENTE DALL'INTERESSATO
 DA UN PARENTE (specificare)..... ALTRO (specificare).....

(NOME E COGNOME) _____ tel. _____

Firma dell' interessato o del richiedente _____

Data _____

Si allega :

- copia carta d'identità dell'interessato
- copia tessera sanitaria dell'interessato

INFORMAZIONI PER IL MEDICO CURANTE

Gentile collega,

il suo/la sua paziente intende presentare la domanda di ammissione presso una RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) del territorio dell'Agenzia della Salute (ATS) della Brianza. La scheda allegata fa parte del nuovo modello unico di ammissione concordato con le RSA al fine di facilitare le famiglie nella ricerca di una struttura idonea e per evitare ai medici di famiglia di essere chiamati a compilare più volte le necessarie certificazioni sanitarie.

Le informazioni sanitarie sono raccolte utilizzando in buona parte il modello della CIRS (Cumulative Illness rating Scale), adottato dalla Regione Lombardia per la stima delle esigenze sanitarie di una persona accolta in RSA o in un CDI. La CIRS è uno strumento standardizzato utile a ricavare una misura della salute della persona anziana. Non fornisce informazioni dirette sull'autonomia quotidiana, che sono raccolte con altre modalità. Le viene quindi chiesto di assegnare un giudizio di gravità soggettivo alla situazione clinica e funzionale di 14 organi e apparati, secondo lo schema seguente:

1	Assente	Nessuna compromissione di organo o sistema
2	Lieve	La compromissione di organo o sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no. La prognosi è eccellente.
3	Moderato	La compromissione di organo o sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario. La prognosi può essere buona.
4	Grave	La compromissione di organo o sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona.
5	Molto grave	La compromissione di organo o sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave

Si ottengono così due indici:

- **Indice di severità:** si ricava dalla media dei punteggi delle prime 13 categorie (escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali);
- **Indice di comorbidità:** si ricava dal numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3 (escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali).

Alcune note per la corretta compilazione:

- **Ipertensione:** il giudizio di gravità esclude la presenza di eventuali danni d'organo, che saranno eventualmente descritti nelle categorie corrispondenti;
- **Disturbi vascolari:** comprendono malattie dei vasi arteriosi e venosi, del sangue, del midollo e del sistema linfatico;
- **Apparato gastroenterico superiore:** comprende esofago, stomaco, duodeno, pancreas e vie biliari
- **Sistema muscolo-scheletrico e cutaneo:** comprende le lesioni da decubito
- **Patologie endocrino-metaboliche:** includono diabete, infezioni, sepsi e stati tossici.

La ringraziamo per la collaborazione.

RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE
PER L'INGRESSO IN R.S.A.

Sig./ra _____

Data di nascita _____ Tessera sanitaria _____ Data compilazione _____

Esenzione _____

Sez. 1 PATOLOGIE PRESENTI E GIUDIZIO DI GRAVITÀ

	1	2	3	4	5	
	Assente	Lieve	Moderato	Grave	Molto Grave	Data insorgenza
Patologie cardiache Specificare: _____ _____						
Ipertensione arteriosa Specificare: _____ _____						
Patologie vascolari Specificare _____ _____						
Patologie respiratorie Specificare _____ _____						
Vista, udito, naso, gola, laringe Specificare _____ _____						
Apparato gastroenterico superiore Specificare _____ _____						
Apparato gastroenterico inferiore Specificare _____ _____						
Patologie epatiche Specificare _____ _____						
Patologie renali Specificare _____ _____						
Altre patologie genito-urinarie Specificare _____ _____						
Sistema muscolo-scheletrico e Cute Specificare _____ _____						

Patologie neurologiche centrali e periferiche (<i>escluse le demenze</i>) Specificare _____						
Patologie endocrino-metaboliche (incluso infezioni, sespi e stati tossici) Specificare _____						
Patologie psichiatrico-comportamentali(<i>incluse le demenze</i>) Specificare _____						

Sez. 2 ALTRI PROBLEMI CLINICI, FUNZIONALI, ASSISTENZIALI

Problemi e condizioni correlate con l'alimentazione	
<input type="checkbox"/> NESSUNO <input type="checkbox"/> STATO NUTRIZIONALE SODDISFACENTE <input type="checkbox"/> OBESITÀ <input type="checkbox"/> MALNUTRIZIONE <input type="checkbox"/> RIFIUTO DEL CIBO <input type="checkbox"/> SI ALIMENTA AUTONOMAMENTE <input type="checkbox"/> SI ALIMENTA CON AIUTO <input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE	<input type="checkbox"/> DISFAGIA <input type="checkbox"/> DIETA FRULLATA O OMOGENEIZZATA <input type="checkbox"/> NUTRIZIONE ENTERALE: <input type="checkbox"/> SONDINO NASO - GASTRICO <input type="checkbox"/> GASTROSTOMIA (PEG) / DIGIUNOSTOMIA <input type="checkbox"/> NUTRIZIONE PARENTERALE TOTALE
Diabete mellito	
<input type="checkbox"/> TRATTATO CON LA SOLA DIETA <input type="checkbox"/> FARMACI ANTIDIABETICI ORALI	<input type="checkbox"/> INSULINOTERAPIA
Lesioni cutanee	
<input type="checkbox"/> LESIONI DA DECUBITO SEDE: _____ STADIO _____ <input type="checkbox"/> LESIONI VASCOLARI SEDE: _____ STADIO _____	
Coma o stato vegetativo <input type="checkbox"/>	
Sclerosi Laterale Amiotrofica <input type="checkbox"/>	
Linguaggio	Vista ed udito
<input type="checkbox"/> NORMALE <input type="checkbox"/> DISARTRIA <input type="checkbox"/> AFASIA <input type="checkbox"/> ESPRESSIVA <input type="checkbox"/> DI COMPrensIONE <input type="checkbox"/> GLOBALE	<input type="checkbox"/> VEDE E SENTE BENE <input type="checkbox"/> NON VEDE <input type="checkbox"/> NON SENTE <input type="checkbox"/> DEFICIT CORRETTO DA PROTESI E/O OCCHIALI IN USO
Igiene	Capacità di vestirsi / svestirsi
<input type="checkbox"/> SI LAVA AUTONOMAMENTE <input type="checkbox"/> NECESSITA DI AIUTO PER ALCUNE OPERAZIONI IGIENICHE <input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE	<input type="checkbox"/> SI VESTE/SVESTE AUTONOMAMENTE <input type="checkbox"/> NECESSITA DI AIUTO PER VESTIRSI/SVESTIRSI <input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE
Mobilità	Cadute negli ultimi 3 mesi
<input type="checkbox"/> SI MUOVE AUTONOMAMENTE <input type="checkbox"/> SI MUOVE CON DEAMBULATORE <input type="checkbox"/> IN CARROZZINA <input type="checkbox"/> ALLETTATO	<input type="checkbox"/> NESSUNA <input type="checkbox"/> 1 – 3 VOLTE <input type="checkbox"/> PIÙ DI TRE VOLTE

Terapia riabilitativa in corso	Assistenza respiratoria
<input type="checkbox"/> NESSUNA <input type="checkbox"/> POST-ACUTA <input type="checkbox"/> DI MANTENIMENTO	<input type="checkbox"/> OSSIGENO OCCASIONALMENTE <input type="checkbox"/> OSSIGENOTERAPIA CON O2 GASSOSO <input type="checkbox"/> OSSIGENOTERAPIA CON O2 LIQUIDO <input type="checkbox"/> TRACHEOTOMIA <input type="checkbox"/> VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA <input type="checkbox"/> VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA

Minzione e Evacuazione	
<input type="checkbox"/> UTILIZZO DI PRESIDI ASSORBENTI PER INCONTINENZA <input type="checkbox"/> CATETERISMO VESCICALE AD INTERMITTENZA <input type="checkbox"/> CATETERISMO VESCICALE A PERMANENZA <input type="checkbox"/> URETEROCUTANEOSTOMIA	<input type="checkbox"/> NEFROSTOMIA <input type="checkbox"/> STIPSI (BISOGNO DI CLISTERI EVACUATIVI) <input type="checkbox"/> ILEOSTOMIA/COLONSTOMIA

Disturbi cognitivi e comportamentali, problemi psichiatrici e dell'umore	
<input type="checkbox"/> NESSUNO <input type="checkbox"/> PERDITA DI MEMORIA OCCASIONALE O PER EVENTI RECENTI <input type="checkbox"/> PERDITA DI MEMORIA SEVERA O NON RAMMENTA NULLA <input type="checkbox"/> DISORIENTAMENTO NEL TEMPO <input type="checkbox"/> DISORIENTAMENTO NELLO SPAZIO <input type="checkbox"/> COMPLETA CONFUSIONE SENZA CAPACITÀ DI RELAZIONE CON L'ESTERNO <input type="checkbox"/> PROBLEMI DI LINGUAGGIO E/O DEFICIT DI COMPrensIONE <input type="checkbox"/> FACILE IRRITABILITÀ <input type="checkbox"/> CAMMINO INCESSANTE SENZA UN PRECISO SCOPO O AFFACCENDAMENTO <input type="checkbox"/> URLA O LAMENTAZIONI O VOCALISMI RIPETITIVI <input type="checkbox"/> DISTURBI DEL SONNO (EVENTUALE SPECIFICA)	<input type="checkbox"/> DISFORIA/EUFORIA E/O COMPORTAMENTI DISINIBITI <input type="checkbox"/> DELIRI E ALLUCINAZIONI <input type="checkbox"/> STATO ANSIOSO <input type="checkbox"/> TONO DELL'UMORE DEFLESSO <input type="checkbox"/> APATIA, RITIRO SOCIALE, PERDITA DI INTERESSI <input type="checkbox"/> TENTATI SUICIDI <input type="checkbox"/> ETILISMO ATTUALE <input type="checkbox"/> ETILISMO PREGRESSO <input type="checkbox"/> AGGRESSIVITÀ VERSO SÉ E/O VERSO ALTRI <input type="checkbox"/> NEGLI ULTIMI 6 MESI, SONO STATI UTILIZZATI MEZZI DI PROTEZIONE/CONTENZIONE <input type="checkbox"/> NEGLI ULTIMI 6 MESI, ABBANDONO DEL DOMICILIO/STRUTTURA DI RICOVERO, SENZA CAPACITÀ DI FARVI RITORNO <input type="checkbox"/> ALTRO

Terapia dialitica	
<input type="checkbox"/> DIALISI PERITONEALE	<input type="checkbox"/> DIALISI EXTRACORPOREA

<input type="checkbox"/> Radioterapia
<input type="checkbox"/> Chemioterapia

Terapia farmacologica in corso (indicare il farmaco in uso e la posologia)

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Allergie a farmaci

NO

SI quali? _____

Il soggetto è esente da malattie infettive e contagiose e può vivere in comunità? SI NO

Eventuali note: _____

Timbro e firma del Medico

Telefono

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

PREMESSA

Con il Regolamento UE 679/2016, recante disposizioni per la tutela delle persone fisiche rispetto al trattamento dei dati personali, la **FONDAZIONE CASA FAMIGLIA SAN GIUSEPPE ONLUS** con sede in Vimercate (20871) Via Generale Antonio Cantore 7 (di seguito definita "organizzazione"), in qualità di Titolare del trattamento, **è tenuta a fornire alcune informazioni riguardanti l'utilizzo dei dati personali**. Il legale rappresentante del titolare del trattamento è: la Presidente del Consiglio di Amministrazione pro-tempore Carla Riva. Il Responsabile interno nominato dal titolare del trattamento è: il Direttore Stefano Cipolla

FONTE DEI DATI E TIPOLOGIA DI DATI TRATTATI

I dati personali acquisiti dall'organizzazione possono essere raccolti:

- direttamente presso l'interessato,
- per tramite di familiari o altri soggetti caregiver,
- per tramite del suo Medico di Medicina Generale (in particolare per gli utenti dei servizi semiresidenziali e domiciliari e per gli ospiti in ricovero temporaneo),
- presso fonti ad accesso pubblico contenenti dati sanitari quali NAR (Nuova Anagrafica Regionale), Fascicolo Sanitario Elettronico, ecc.
- presso altre fonti ad accesso pubblico al fine di verificare l'affidabilità e la solvibilità, qualora la Fondazione lo ritenga necessario.



I dati trattati, ove il rapporto in essere lo richieda, sono: dati personali e dati particolari quali i dati sensibili e giudiziari.

In ogni caso tutti questi dati vengono trattati nel rispetto della citata legge e degli obblighi di riservatezza cui si è sempre ispirata l'attività dell'organizzazione.

PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI



I dati sono conservati per il solo periodo necessario alle finalità per cui sono trattati o nei termini previsti da leggi, norme e regolamenti nazionali e comunitari a cui l'organizzazione debba attenersi. E' previsto che sia effettuata una verifica periodica a cadenza annuale sui dati trattati e sulla possibilità di poterli cancellare se non più necessari per le finalità previste.

CONFERIMENTO DEI DATI E CONSEGUENZE DEL MANCATO CONFERIMENTO



Il conferimento dei dati deve ritenersi obbligatorio per quanto riguarda i trattamenti che l'organizzazione deve effettuare per adempiere alle proprie obbligazioni nei confronti dell'interessato sulla base del rapporto contrattuale in essere, nonché ad obblighi di legge, norme, regolamenti. Il mancato conferimento di tali dati potrà comportare l'impossibilità per l'organizzazione di dar corso al rapporto in essere.

Il consenso non è obbligatorio per tutte le altre finalità e, quandanche conferito, può essere revocato in qualunque momento da parte dell'interessato.

FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI



PER I TRATTAMENTI INDICATI DA QUESTO SIMBOLO IL CONSENSO E' OBBLIGATORIO



PER I TRATTAMENTI INDICATI DA QUESTO SIMBOLO IL CONSENSO E' FACOLTATIVO



Erogazione di servizi richiesti dall'interessato o comunque dovuti per obblighi di legge, nell'ambito del rapporto contrattuale in essere, comprese le finalità di interesse legittimo correlate, ovvero gli adempimenti amministrativi, contabili, fiscali effettuati per finalità di carattere istituzionale pubblico.



Recepimento e gestione di obblighi previsti da leggi, regolamenti e normativa nazionale e comunitaria, nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e controllo (es. ATS, Inps, ecc.).



Rilevazione di immagini attraverso il sistema di videosorveglianza installato per finalità di protezione dei beni e del patrimonio dell'organizzazione e per finalità di controllo degli accessi.



Rilevazione del grado di soddisfazione dell'interessato circa la qualità dei servizi o delle attività dell'organizzazione, eseguita direttamente o attraverso società specializzate mediante interviste personali, questionari etc.



Favorire la socialità e per attività di tipo ludico ricreative, quali feste dei compleanni, celebrazione di festività e ricorrenze, ecc.



Erogazione di servizi complementari, specificatamente richiesti dall'interessato, quali (a titolo esemplificativo e non esaustivo): l'organizzazione di trasporti sociali o sanitari, l'organizzazione di vacanze assistite, consentire di esprimere il proprio voto presso il luogo di cura in occasione di eventi elettorali, garantire la continuità assistenziale in caso di ricoveri ospedalieri e/o presso altre istituzioni di ricovero e cura, garantire il necessario raccordo con le istituzioni pubbliche a tutela dell'interessato quali ad esempio i servizi sociali comunali.



Analisi statistiche (i dati raccolti al termine dell'analisi risultano aggregati e non utilizzabili a fini identificativi dell'interessato);



Conservazione dei dati per finalità di costituzione di un archivio storico



Citazione del nominativo o dell'immagine a titolo di riferimento, o per la realizzazione di materiale informativo quali ad esempio la "Carta dei Servizi", il notiziario "La Voce della Casa", brochure, cataloghi e documenti. Tale materiale testuale/foto/audio/video può essere diffuso anche via internet, mailing, web e social media ed essere indirizzato ad utenti nuovi, potenziali o già acquisiti.



Comunicazioni effettuate tramite materiale testuale/foto/audio/video via internet, mailing, web e social media, inerenti le attività/iniziativa gestite dall'organizzazione che possono contenere dati ed immagini dell'interessato raccolti mediante interviste, narrazione di case studies, di eventi, etc



Citazione del nominativo e/o dell'immagine nell'ambito di presentazione di studi e ricerche condotte dalla Fondazione o di attività formative.

BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO DEI DATI



I dati sono trattati per le sopra esplicitate finalità anche al fine di ottemperare ad un obbligo contrattuale/precontrattuale, legale, normativo, regolamentare, nonché a disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate e da organi di vigilanza e controllo. I riferimenti normativi espliciti aggiornati al loro ultimo stato di revisione che prevedono gli obblighi o gli adempimenti in base ai quali potrebbe essere eventualmente effettuato il trattamento dei dati (anche sensibili e giudiziari) sono disponibili e consultabili presso il Titolare del Trattamento e in ogni caso sono parte del vigente diritto dell'Unione nonché dello Stato membro cui è soggetto il titolare del trattamento.

MODALITA' DI TRATTAMENTO DEI DATI



Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e comunque in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi. L'archiviazione della documentazione è effettuata sia in modalità elettronica che cartacea. Di seguito alcune informazioni essenziali.



La raccolta di dati personali è limitata al minimo necessario per ogni specifica finalità del trattamento



Il trattamento di dati personali è limitato alle finalità per le quali sono stati raccolti



La memorizzazione di dati personali è limitata al minimo necessario per ogni specifica finalità del trattamento



Non sono forniti dati personali a terze parti commerciali, né sono effettuati la vendita o l'affitto di dati personali



Il trattamento dei dati – solo laddove sia indispensabile nell'ambito delle finalità della Fondazione – può avvenire anche tramite l'esposizione all'interno della Casa di manifesti, elenchi e cartelli, fermo restando che la Casa non è un luogo pubblico, ma un luogo aperto al pubblico, e che tale esposizione sarà sempre effettuata nel pieno rispetto della dignità della persona.



La profilazione effettuata dalla Fondazione non ha finalità commerciali ed è eseguita sulla base di un obbligo di legge, connesso alla determinazione dell'entità della quota di spesa sanitaria a carico del Servizio Sanitario Regionale, e per un più puntuale soddisfacimento dei bisogni dell'interessato.

La profilazione avviene in modalità automatizzata mediante sistema informatico ed in applicazione al sistema di remunerazione definito da Regione Lombardia e denominato S.OS.I.A.

Criteri profilazione: i dati profilati riguardano l'autonomia negli spostamenti, lo stato cognitivo, la presenza di patologie e profili di gravità (es. utilizzo presidi incontinenza, ausili per il movimento, ecc.)



Per i soli utenti dei servizi domiciliari, i dati necessari all'identificazione ed al raggiungimento dell'abitazione, potranno essere trattati per mezzo di smartphone e servizi on line di geo localizzazione, (es. google maps) e per lo stesso tramite condivisi tra gli operatori addetti al servizio.

AMBITO DI DIFFUSIONE E CATEGORIE DI SOGGETTI A CUI POSSONO ESSERE COMUNICATI I DATI



I dati personali raccolti dall'organizzazione **potranno essere comunicati**, nei limiti strettamente pertinenti alle finalità suindicate, anche **ai seguenti soggetti** o categorie di soggetti. Per tutte le finalità sopra citate la comunicazione dei dati deriva anche da un obbligo legale, contrattuale oppure è un requisito necessario per la conclusione di un contratto. In mancanza delle comunicazioni suddette il rapporto/contratto potrebbe non essere compiutamente adempiuto



Soggetti cui la comunicazione è prevista per legge, per regolamento o dalla normativa nazionale e comunitaria nonché, per l'esecuzione degli obblighi contrattuali o precontrattuali.



Associazioni di volontariato che collaborano con la Fondazione per il raggiungimento delle finalità statutarie.



Soggetti terzi che forniscono servizi complementari a quelli della Fondazione quali ad esempio medici specialisti, medici di strutture ospedaliere, servizi sociali comunali, associazioni che effettuano trasporti sanitari.



Soggetti terzi che prestano la propria attività presso la Fondazione nell'ambito di programmi formativi, di addestramento, tirocinio, alternanza scuola-lavoro, ecc.



Istituti di Credito, Compagnie di Assicurazione, casse di previdenza ed altri enti simili per l'esecuzione degli obblighi contrattuali o precontrattuali.



Società di certificazione della qualità dei servizi erogati, società che svolgono attività di trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni agli interessati.



Consulenti legali, contabili, al fine dello studio e risoluzione di eventuali problemi giuridici relativi alla posizione contrattuale in essere



Consulenti e professionisti (tecnici, progettisti, etc) o società che collaborano con l'organizzazione al fine di erogare il servizio richiesto



Pubbliche amministrazioni ed enti tra i cui compiti rientrano quelli della tutela e sicurezza nei luoghi di lavoro



Associazioni di categoria



A tutti i soggetti eventuali destinatari delle campagne di comunicazione dell'organizzazione

DIRITTI DELL'INTERESSATO



In ogni momento l'interessato potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del Titolare o del Responsabile del trattamento, ai sensi del Regolamento UE 679/2016 rivolgendosi al Presidente pro-tempore e Legale Rappresentante, o al Direttore mediante i seguenti recapiti: casafamiglia@casa-famiglia-sangiuseppe.it tel. +39-039/669122 – fax +39-039/6081586 – Fondazione Casa Famiglia San Giuseppe, Via Generale Antonio Cantore 7, Vimercate. Per garantire il corretto esercizio dei diritti, l'interessato dovrà rendersi identificabile in maniera inequivocabile. L'organizzazione si impegna a fornire riscontro entro 30 giorni e, in caso di impossibilità a rispettare tali tempi, a motivare l'eventuale proroga dei termini previsti. Il riscontro avverrà a titolo gratuito salvo casi di infondatezza (es. non esistono dati che riguardano l'interessato richiedente) o richieste eccessive (es. ripetitive nel tempo) per le quali potrà essere addebitato un contributo spese non superiore ai costi effettivamente sopportati per la ricerca effettuata nel caso specifico. I diritti riferiti ai dati personali concernenti persone decedute possono essere esercitati da chi ha un interesse proprio o agisce a tutela dell'interessato o per ragioni familiari meritevoli di protezione. L'interessato inoltre può proporre reclamo all'autorità di controllo.

In caso di violazione dei dati personali subite dall'organizzazione il titolare procederà alla notificazione della violazione all'autorità di controllo competente entro 72 ore dall'accadimento e comunicherà altresì l'evento anche all'interessato, salvo i casi di esclusione previsti dalla normativa.

L'INTERESSATO HA IL DIRITTO DI RICHIEDERE:

L'accesso, la rettifica, la cancellazione dei dati personali, la limitazione del trattamento, nonché la portabilità dei dati.

L'INTERESSATO HA IL DIRITTO DI OPPORSI:

Al trattamento e revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basato sul consenso espresso prima della revoca. INOLTRE può proporre reclamo all'autorità di controllo.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

COGNOME E NOME _____

Premesso che, **come definito nell’informativa che il sottoscritto dichiara espressamente di aver ricevuto e letto**, l’esecuzione del rapporto/contratto in essere con Fondazione Casa Famiglia San Giuseppe Onlus con sede in Vimercate può comportare la necessità di trattare dei dati **anche sensibili** e nella consapevolezza che, in mancanza del conferimento di tali dati (e in mancanza delle comunicazioni correlate) il rapporto/contratto potrebbe NON essere compiutamente esercitato, il sottoscritto esprime liberamente il consenso nella modalità sotto indicata.

































DO IL CONSENSO



NEGO IL CONSENSO

FINALITA' PER LE QUALI VIENE RICHIESTO IL CONSENSO

	Erogazione di servizi richiesti dall’interessato o comunque dovuti nell’ambito del rapporto contrattuale in essere, comprese le finalità di interesse legittimo correlate ovvero gli adempimenti amministrativi, contabili, fiscali effettuati per finalità di carattere istituzionale pubblico.		
	Recepimento e gestione di obblighi previsti da leggi, regolamenti e normativa nazionale e comunitaria, nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e controllo (es. ATS, Inps, ecc.);		
	Rilevazione del grado di soddisfazione dell’interessato circa la qualità dei servizi o delle attività dell’organizzazione, eseguita direttamente o attraverso società specializzate mediante interviste personali, questionari etc.		
	Favorire la socialità e per attività di tipo ludico ricreative, quali feste dei compleanni, celebrazione di festività e ricorrenze, ecc.		
	Erogazione di servizi complementari, specificatamente richiesti dall’interessato, quali organizzare trasporti sociali o sanitari, organizzare vacanze assistite, permettere di esprimere il proprio voto presso il luogo di cura in occasione di eventi elettorali, garantire la continuità assistenziale in caso di ricoveri, garantire il necessario raccordo con i servizi sanitari e sociali del territorio.		
	Analisi statistiche (i dati raccolti al termine dell’analisi risultano aggregati e non utilizzabili a fini identificativi dell’interessato);		
	Conservazione dei dati per finalità di costituzione di un archivio storico		
	Citazione del nominativo o dell’immagine a titolo di referenza, o per la realizzazione di materiale informativo quali ad esempio la “Carta dei Servizi”, il notiziario “La Voce della Casa”, brochure, cataloghi e documenti. Tale materiale testuale/foto/audio /video può essere diffuso anche via internet, mailing, web e social media ed essere indirizzato ad utenti nuovi, potenziali o già acquisiti.		
	Comunicazioni effettuate tramite materiale testuale/foto/audio/video via internet, mailing, web e social media, notiziari, inerenti le attività/iniziative gestite dall’organizzazione che possono contenere dati ed immagini dell’interessato raccolti mediante interviste, narrazione di case studies, di eventi, etc		
	Citazione del nominativo e/o dell’immagine nell’ambito di presentazione di studi e ricerche condotte dalla Fondazione o di attività formative.		

FIRMA _____

DATA _____ / _____ / _____