



Clementino Vannetti

Azienda Pubblica di Servizi alla Persona

MODULO A COMPILAZIONE DI UN FAMILIARE
DEL RICHIEDENTE.

**MODULO AMMISSIONE AL SERVIZIO
ACCOGLIENZA TEMPORANEA S.A.T. o Servizio
Accoglienza Anziani IN RSA
Posti letto non convenzionati APSS**

MOD AMMISSIONE
IN RSA SAT SAA – 01b

Data 10.02.2025

Rev. 01

Pag. Pag. 1 di 5

DOMANDA DI AMMISSIONE SERVIZIO DI ACCOGLIENZA TEMPORANEA IN RSA AD ACCESSO PRIVATO - S.A.T. E SERVIZIO ACCOGLIENZA ANZIANI

Spett.le A.p.s.p. Clementino Vannetti
Via Vannetti, n. 6
38068 ROVERETO (TN)

II/La sottoscritto/a _____

CHIEDE

l'ammissione

- al Servizio Accoglienza Temporanea in RSA ad accesso privato (d'ora in poi S.A.T.), disciplinato dal Regolamento adottato dal Consiglio di Amministrazione con deliberazione n. 8 di data 19/02/2024 e ss.mm.
- al Servizio Accoglienza Anziani disciplinato dal Regolamento adottato dal Consiglio di Amministrazione con deliberazione n.68 di data 13/12/2024 e ss.mm.,
- entrambi i servizi

➤ del/della signor/a _____

➤ nato/a il _____ a _____

➤ sesso: M F

➤ stato civile _____

➤ codice fiscale _____

➤ con cittadinanza: italiana non italiana

➤ residente in via/piazza _____ n. _____

➤ comune _____ C.A.P. _____ provincia _____

➤ nel caso in cui la residenza non coincida con il domicilio:

con domicilio in via/piazza _____ n. _____

comune _____ C.A.P. _____ provincia _____

➤ la cui famiglia anagrafica è composta da:

1) _____

2) _____

3) _____

Cognome e nome

data di nascita

grado di parentela

Al riguardo, consapevole delle sanzioni penali irrogabili nel caso di dichiarazioni non veritiere,

DICHIARA:

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445

➤ di essere nato/a il _____ a _____

➤ sesso: M F

➤ stato civile _____



- codice fiscale _____
- di avere la cittadinanza: italiana non italiana
- di risiedere in via/piazza _____ n. _____
- comune _____ C.A.P. _____ provincia _____
- e-mail: _____ tel. _____
- di essere stato delegato dalla persona sopra indicata a presentare per suo conto e nel suo interesse la presente domanda di ammissione;
- che la persona sopra indicata ha con il sottoscritto il seguente rapporto di parentela o affinità

- di essere a conoscenza e di accettare i contenuti, le condizioni contrattuali e il regime tariffario stabilito dal Regolamento Aziendale per l'accesso al singolo servizio;
- di accettare che l'ammissione al S.A.T. o al Servizio Accoglienza Anziani così come l'eventuale passaggio di servizio è effettuata in conformità con il Regolamento Aziendale e sulla base delle condizioni di salute;
- di aver ricevuto copia dell'informativa sul trattamento dei dati sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003 e Reg. UE 16/679;
- che la persona sopra indicata si trova nella seguente situazione:
 - è in condizione di non autosufficienza accertata dall'Unità Valutativa Multidisciplinare o dall'Azienda Sanitaria Locale di _____, si allega in proposito la relativa documentazione (dati di valutazione medica e sociale raccolti nella scheda SVM o simili);
 - ha avviato il procedimento per la verifica da parte dell'UVM competente della condizione di non autosufficienza;
 - ha l'esigenza, attestata dal medico di medicina generale con il certificato allegato, di risolvere con l'accoglienza temporanea in RSA una difficoltà contingente di disporre di assistenza a domicilio, anche in conseguenza dell'insorgenza nella rete familiare di problemi di natura prevalentemente sociale;
- che la persona sopra indicata durante il periodo di accoglienza temporanea in RSA (la scelta è modificabile durante il periodo di accoglienza temporanea in RSA):
 - intende essere curato dal servizio medico dell'A.p.s.p. C. Vannetti;
 - intende mantenere il proprio medico di medicina generale;
- che la persona sopra indicata si impegna a mantenere la propria attuale residenza per tutta la durata del periodo di accoglienza temporanea in RSA;
- di accettare l'applicazione delle tariffe come stabilite annualmente con provvedimento del Consiglio di Amministrazione dell'A.p.s.p. C. Vannetti;
- di accettare altri eventuali addebiti derivanti dall'acquisto di beni e prodotti ad uso personale (es. farmaci, materiale sanitario, presidi per l'incontinenza ecc.);
- di accettare ogni ulteriore tariffa per servizi ausiliari eventualmente fruiti (es. servizio podologia, trasporto, installazione e utilizzo telefono, acquisto di biancheria personale dal guardaroba dell'Ente, servizio barbiere/parrucchiera ecc.);
- di accettare che qualora l'A.p.s.p. C. Vannetti dovesse disporre le dimissioni della persona sopra indicata, quest'ultima sarà riaccompagnata alla propria residenza o presso altro domicilio e che eventuali costi che l'A.p.s.p. C. Vannetti dovesse sostenere per il suo trasferimento le saranno addebitati;
-



Clementino Vannetti

Azienda Pubblica di Servizi alla Persona

MODULO A COMPILAZIONE DI UN FAMILIARE
DEL RICHIEDENTE.

**MODULO AMMISSIONE AL SERVIZIO
ACCOGLIENZA TEMPORANEA S.A.T. o Servizio
Accoglienza Anziani IN RSA
Posti letto non convenzionati APSS**

MOD AMMISSIONE
IN RSA SAT SAA – 01b

Data 10.02.2025

Rev. 01

Pag. Pag. 3 di 5

Il/la sottoscritto/a s'impegna, oltre a quanto fin qui dichiarato, a:

- assicurare al momento dell'accettazione dell'offerta di accoglienza in RSA il versamento al tesoriere dell'A.p.s.p. C. Vannetti a titolo di deposito cauzionale fruttifero di un importo pari alla retta giornaliera (alberghiera e sanitaria) dovuta, moltiplicato per 30;
- assicurare il pagamento regolare della retta giornaliera, entro il giorno 10 del mese successivo a quello di riferimento della fattura;
- rispondere solidalmente in caso di debito verso l'A.p.s.p. C. Vannetti, la quale provvederà al recupero forzoso del credito nei modi di legge, con il conseguente aggravio delle spese a carico del debitore e l'applicazione degli interessi di legge.

Il familiare o persona di riferimento dell'utente autorizzato a partecipare al processo di cura e alla gestione di tutti gli aspetti riguardanti il rapporto con l'A.p.s.p. C. Vannetti è la seguente:

il/la sottoscritto

il seguente:

- nome e cognome _____
- rapporto di parentela con l'utente del S.A.T. _____
- residenza in via/piazza _____
- comune _____ C.A.P. _____ provincia _____
- recapiti telefonici _____
- e mail _____

Altri familiari della persona non autosufficiente sopra indicata contattabili in caso di assenza o impedimento del familiare di riferimento sono:

- nome e cognome _____
- rapporto di parentela con l'utente del S.A.T _____
- residenza in via/piazza _____
- comune _____ C.A.P. _____ provincia _____
- recapiti telefonici _____
- e mail _____

Luogo e data _____

Firma _____

ALLEGATI:

- Documentazione sanitaria attestante la condizione di non autosufficienza, contenente dati di valutazione medica e sociale raccolti nella scheda SVM o simili (se in possesso);
- Certificazione medica allegata alla presente domanda, compilata dal medico di famiglia;
- Informazioni di carattere sociale;
- Copia della carta d'identità e del codice fiscale della persona che firma la richiesta.

Il/La sottoscritto/a _____



Clementino Vannetti

Azienda Pubblica di Servizi alla Persona

MODULO A COMPILAZIONE DI UN FAMILIARE
DEL RICHIEDENTE.

**MODULO AMMISSIONE AL SERVIZIO
ACCOGLIENZA TEMPORANEA S.A.T. o Servizio
Accoglienza Anziani IN RSA
Posti letto non convenzionati APSS**

MOD AMMISSIONE
IN RSA SAT SAA – 01b

Data 10.02.2025

Rev. 01

Pag. Pag. 4 di 5

consapevole che la sottoscrizione della presente domanda di ammissione al S.A.T. o al Servizio Accoglienza Anziani costituisce accettazione delle relative condizioni contrattuali, dichiara di accettare espressamente le condizioni sopra indicate o richiamate, e in particolare quelle riguardanti:

- il regime tariffario del servizio S.A.T.
- il regime tariffario del Servizio Accoglienza Anziani
- la responsabilità di assicurare il pagamento regolare delle tariffe applicate;
- la responsabilità di rispondere solidalmente in caso di debito verso l'A.p.s.p. C. Vannetti.

Luogo e data _____

Firma _____

DA COMPILARE A CURA DI CHI RICEVE LA DOMANDA

Ai sensi degli art. 30 e 38 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, la presente dichiarazione è stata:

- sottoscritta, previa identificazione del richiedente, in presenza del dipendente addetto (indicare in stampatello il nome) _____
- sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del sottoscrittore



Clementino Vannetti

Azienda Pubblica di Servizi alla Persona

MODULO A COMPILAZIONE DI UN FAMILIARE DEL RICHIEDENTE.

MODULO AMMISSIONE AL SERVIZIO ACCOGLIENZA TEMPORANEA S.A.T. o Servizio Accoglienza Anziani IN RSA Posti letto non convenzionati APSS

MOD AMMISSIONE IN RSA SAT SAA – 01b

Data 10.02.2025

Rev. 01

Pag. Pag. 5 di 5

INFORMAZIONI DI CARATTERE SOCIALE COMUNICATE DAL RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a _____ ad integrazione della domanda di ammissione al S.A.T. o al Servizio di Accoglienza Anziani in Rsa presentata per conto del/della signor/a _____ comunica quanto segue.

Motivazioni della domanda di ammissione in Rsa:

Informazioni personali, familiari o sociali utili per personalizzare l'accoglienza e l'assistenza in RSA

Recapiti dei familiari e conoscenti (indicare per primo il familiare cui l'A.p.s.p. C. Vannetti dovrà fare prioritariamente riferimento):

| Cognome e nome | Grado di parentela | Indirizzo | Recapito telefonico / mail |
|----------------|--------------------|-----------|----------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Luogo e data _____

Firma _____



SCHEDA INDIVIDUALE PER LA VALUTAZIONE DEL BISOGNO ASSISTENZIALE

Servizio Accoglienza Temporanea in RSA ad accesso privato

Compilazione a cura del medico curante

Cognome e Nome _____

Sesso M F

Codice fiscale _____

Data di nascita _____

| INDICE DI BARTHEL | COMPORAMENTO | | | | |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Mai | raramente | qualche volta | spesso | |
| Alimentazione <input type="checkbox"/> = incapace <input type="checkbox"/> = necessita di assistenza <input type="checkbox"/> = indipendente | Vocalizzazione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fare il bagno <input type="checkbox"/> = dipendente <input type="checkbox"/> = indipendente | Aggressività verbale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Igiene personale <input type="checkbox"/> = necessita di aiuto <input type="checkbox"/> = indipendente | Aggressività fisica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vestirsi <input type="checkbox"/> = dipendente <input type="checkbox"/> = necessita di aiuto <input type="checkbox"/> = indipendente | Agitazione, ansia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Continenza fecale <input type="checkbox"/> = incontinente <input type="checkbox"/> = occasionali incidenti o necessità di aiuto <input type="checkbox"/> = continente | Attività motoria continua (affaccendamento, wondering) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Continenza urinaria <input type="checkbox"/> = incontinente <input type="checkbox"/> = occasionali incidenti o necessità di aiuto <input type="checkbox"/> = continente | Allucinazioni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trasferimenti al bagno <input type="checkbox"/> = dipendente <input type="checkbox"/> = necessita di qualche aiuto <input type="checkbox"/> = indipendente con l'uso del bagno o della padella | Disturbi del sonno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trasferimenti sedia/letto <input type="checkbox"/> = incapace <input type="checkbox"/> = massima assistenza per trasferirsi <input type="checkbox"/> = minima assistenza e supervisione <input type="checkbox"/> = indipendente | ORIENTAMENTO | | | | |
| Deambulazione <input type="checkbox"/> = incapace <input type="checkbox"/> = indipendente con la carrozzina per > 45m <input type="checkbox"/> = necessita di aiuto di una persona per > 45m <input type="checkbox"/> = indipendente per più di 45m, può usare ausili | | Mai | raramente | qualche volta | sempre |
| Salire le scale <input type="checkbox"/> = incapace <input type="checkbox"/> = necessita di aiuto o supervisione <input type="checkbox"/> = indipendente | conosce la data di oggi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | conosce dove si trova | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | sa quanti anni ha | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | riesce a trovare la sua stanza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Note: | | | | |



| Assistenza infermieristica richiesta | Presenza di: |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> diabete insulinodipendente<input type="checkbox"/> scompenso cardiaco in classe III-IV NYHA<input type="checkbox"/> cirrosi scompensata<input type="checkbox"/> catetere vescicale<input type="checkbox"/> colostomia e ureterostomia<input type="checkbox"/> tracheostomia<input type="checkbox"/> sondino nasogastrico e/o PEG<input type="checkbox"/> catetere venoso centrale o nutrizione parenterale totale<input type="checkbox"/> nefrostomia o terapia peridurale a lungo termine<input type="checkbox"/> ossigenoterapia continuativa a lungo termine<input type="checkbox"/> ulcere distrofiche agli arti | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> medicazioni<input type="checkbox"/> pacemaker<input type="checkbox"/> elastomero |

DIAGNOSI ACCERTATA E COMORBILITA':

STATO DI SALUTE ATTUALE E GRADO DI ASSISTENZA:

FARMACO ALLERGIE:



Clementino Vannetti

Azienda Pubblica di Servizi alla Persona

SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DEL BISOGNO ASSISTENZIALE

SERVIZIO ACCOGLIENZA TEMPORANEA IN RSA AD ACCESSO PRIVATO
Compilazione a cura del medico curante

MOD SCHEDA BISOGNO ASSISTENZIALE SAT - 01

Data 01.03.2024
Rev. 02 del 20.05.2025
Pag. 3 di 3

Attuale terapia e posologia (da indicare in modo dettagliato):

NOME FARMACO

POSOLOGIA

| NOME FARMACO | POSOLOGIA |
|--------------|-----------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Si informa che **E' STATA** - **NON E' STATA** presentata domanda all'UVM distrettuale per l'accertamento della non autosufficienza del/la paziente.

Nel caso in cui **NON** sia stata presentata tale domanda, si attesta che il/la paziente intende avvalersi del Servizio di Accoglienza Temporanea in RSA offerto dall'A.p.s.p. C. Vannetti per rispondere una difficoltà contingente di assistenza a domicilio, che può essere conseguenza di esigenze di natura familiare o sociale.

Data, _____ / _____ / _____

IL MEDICO CURANTE



**Informativa all'interessato in relazione al trattamento dei dati personali
art. 13 Regolamento europeo 2016/679**

UTENTI RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI E/O CENTRI DIURNI PER ANZIANI

Si informa che i dati personali da Lei forniti nell'ambito del Servizio Residenza Sanitaria Assistenziale e/o Centro Diurno per Anziani (di seguito Servizi) erogati dal nostro Ente saranno trattati nel rispetto del Regolamento EU 2016/679 (di seguito, il GDPR o il Regolamento) e del Decreto Legislativo n. 196/2003.

1) TRATTAMENTI SVOLTI IN REGIME DI CONTITOLARITA' TRA LA APSP E LA APSS

Titolarità del trattamento e coordinate di contatto dei responsabili della protezione dei dati.

Il trattamento dei dati personali acquisiti nel contesto dell'erogazione dei predetti Servizi prevede, per le specifiche finalità di seguito descritte, un regime di contitolarità tra i seguenti soggetti:

| CONTITOLARI | RESPONSABILE PROTEZIONE DEI DATI |
|--|---|
| A.P.S.P. Clementino Vannetti, con sede in Rovereto (TN), via Vannetti, 6 | UPIPA sc, con sede a Trento, Via Sighele n. 7, serviziodpo@upipa.tn.it |
| Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari con sede a Trento, Via Degasperi n. 79. | ResponsabileProtezioneDati@apss.tn.it . |

Tra i predetti contitolari è stato concluso un accordo interno di contitolarità che delinea le rispettive responsabilità, ai sensi dell'art. 26 del GDPR, disponibile previa richiesta all'Ufficio Rapporti con il Pubblico dell'APSS (tel. 0461/904172 – mail: urp@apss.tn.it) e/o alla Segreteria della APSP.

Finalità del trattamento in contitolarità e base giuridica

| | FINALITÀ | BASE GIURIDICA |
|---|--|---|
| 1 | Tutela della salute e incolumità fisica dell'interessato o di terzi o della collettività; | Art. 9, paragrafi 2 lettera h) ed i) e 3 del Regolamento, degli articoli 2-septies e 75 del D.lgs. 196/2003 e delle specifiche disposizioni di settore. |
| 2 | Finalità amministrative e gestionali connesse all'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie, in adempimento degli obblighi istituzionali. | In conformità alle disposizioni di legge e regolamento, in particolare ai sensi dell'art. 2 sexies del D.lgs. 196/2003. |

Categorie dei dati trattati e natura del conferimento

| | TIPOLOGIA DATI TRATTATI | NATURA CONFERIMENTO |
|---|--|---|
| 1 | Dati personali "comuni" identificativi dell'interessato (ad. es. dati anagrafici, codice fiscale). | Obbligatorio per accedere ai Servizi. Il mancato conferimento determina l'impossibilità per i contitolari di fornire il Servizio richiesto all'interessato. |
| 2 | Categorie particolari di dati personali di cui all'art. 9 del Regolamento come, ad esempio, i dati relativi alla salute. | |



Modalità del trattamento dei dati

I dati saranno trattati con modalità cartacee e con strumenti informatici ed elettronici con logiche atte a garantire la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati stessi esclusivamente per le sopraccitate finalità, da personale dipendente specificamente autorizzato ed istruito da ciascun Contitolare. I dati potranno altresì essere trattati da soggetti terzi che svolgono per i Contitolari attività strumentali al raggiungimento delle finalità indicate. Tali soggetti presentano adeguate garanzie circa la protezione dei dati personali dell'interessato e sono nominati responsabili del trattamento dai Contitolari ai sensi dell'articolo 28 del Regolamento. Non sono in alcun modo previsti processi decisionali automatizzati ai sensi dell'art. 22 del GDPR.

Periodo di conservazione

I dati personali saranno conservati da ciascun contitolare secondo le proprie politiche di conservazione:

| | |
|-------------|---|
| APSS | tempi di conservazione previsti nel "Prontuario di conservazione dei documenti e dei fascicoli" disponibile nel sito dell'APSS al seguente indirizzo: web https://www.apss.tn.it/privacy . |
| APSP | tempi di conservazione stabiliti nel "Massimario di scarto per le APSP della Provincia di Trento". |

Ambito di comunicazione e diffusione

Per le finalità indicate nel presente documento, i dati personali potranno essere trattati da soggetti pubblici e privati, enti e istituzioni secondo quanto previsto dalle vigenti disposizioni di legge e Regolamento. In ogni caso, i dati personali relativi alla salute non verranno in alcun modo diffusi.

Trasferimento verso Paesi terzi

I Suoi dati personali potrebbero essere trasferiti verso Paesi terzi qualora uno dei soggetti indicati nel precedente paragrafo non risieda nell'Unione europea o nello Spazio Economico Europeo, esclusivamente qualora risulti necessario per l'espletamento delle finalità del trattamento sopra indicate e comunque sulla base di una decisione di adeguatezza della Commissione europea nel rispetto dell'articolo 45 GDPR in presenza di clausole contrattuali standard ai sensi dell'articolo 46 del GDPR o in via assolutamente residuale in presenza di una delle deroghe specificamente previste dall'articolo 49 del GDPR.

Diritti dell'interessato

In qualità di interessato ha diritto di chiedere in ogni momento ai Contitolari l'esercizio dei diritti di cui agli artt. 15 e ss. del GDPR e, in particolare:

1. chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
2. ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
3. ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati personali;
4. ottenere la limitazione del trattamento;
5. opporsi al trattamento in qualsiasi momento.

Per l'esercizio dei suddetti diritti l'interessato può rivolgersi:

| | |
|-------------|--|
| APSS | Responsabile della Protezione dati personali - Via Degasperi, n. 79 - 38123 Trento, mail: ResponsabileProtezioneDati@apss.tn.it . |
| APSP | Direttore Amministrativo: via Vannetti, 6 - 38068 Rovereto (TN), mail: info@apspvannetti.it ; |



Responsabile per la protezione dei dati personali: mail: serviziopdo@upipa.tn.it.

Resta salvo il diritto dell'interessato di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

2) TRATTAMENTI DI ESCLUSIVA TITOLARITÀ DELLA APSP PER L'ACCESSO AI SERVIZI DA PARTE DI UTENTI CONVENZIONATI E NON CONVENZIONATI CON IL SSP.

Oltre alle finalità sopra descritte, la APSP opera quale autonomo titolare del trattamento dati personali conferiti dall'interessato o da un suo rappresentante, sia di natura comune (dati anagrafici ed identificativi) che rientranti nelle categorie particolari (tra cui informazioni riferite allo stato di salute) per le finalità e nei termini di seguito descritti.

Finalità del trattamento

La APSP ha necessità di compiere operazioni di trattamento sui predetti dati per il perseguimento delle seguenti finalità:

1. instaurazione, gestione e amministrazione del rapporto con l'utente ed i suoi familiari o rappresentanti;
2. programmazione e pianificazione delle attività;
3. gestione del contenzioso;
4. servizi di controllo interni (della sicurezza, della qualità dei servizi, dell'integrità del patrimonio, degli ingressi e delle uscite anche mediante predisposizione e attivazione di pertinenti sistemi di videosorveglianza e/o contenzione personale);
5. analisi statistiche o attività di ricerca (mediante dati anonimi);
6. comunicazione delle informazioni dell'interessato a soggetti terzi (es. familiari o conoscenti) o in esecuzione di obblighi di legge;
7. gestione del dossier sanitario elettronico;
8. attività ricreative e di animazione che comportano l'utilizzo del ritratto personale dell'interessato;
9. tutela socio assistenziale e interventi di rilievo sanitario a favore di soggetti bisognosi, non autosufficienti o incapaci;

Categorie dei dati trattati e natura del loro conferimento

| TIPOLOGIA | NATURA CONFERIMENTO | NOTE |
|--|---|---|
| Ritratto personale dell'interessato | Volontaria e facoltativa | L'autorizzazione a tale trattamento è sempre facoltativa e l'interessato in ogni momento può opporsi o revocare il consenso mediante semplice richiesta inoltrata agli uffici della APSP. |
| 1. Dati personali di natura comune (dati anagrafici ed identificativi); 2. Dati rientranti nelle categorie particolari (tra cui informazioni riferite allo stato di salute) | Obbligatorio per accedere ai Servizi della APSP | Il mancato conferimento determina l'impossibilità per la APSP di fornire all'interessato i Servizi richiesti. |
| Dati riguardanti convinzioni religiose, filosofiche o di | Volontaria e facoltativa | La mancanza non pregiudica la possibilità di avere accesso ai servizi dell'ente; se conferiti i |



| | | |
|--------------|--|--|
| altro genere | | dati sono trattati per adempiere alle finalità sopra descritte o dare riscontro a particolari richieste dell'interessato stesso. |
|--------------|--|--|

Con riferimento ai dati soggetti a maggior tutela dell'anonimato (dati relativi a violenza sessuale o pedofilia, infezioni da HIV, uso di sostanze stupefacenti, psicotrope, alcool, interventi di interruzione della gravidanza) è richiesto apposito consenso all'inserimento/consultazione dei predetti dati nel fascicolo sanitario/dossier sanitario.

Immagini personali

| | ATTIVITÀ SVOLTE | FINALITÀ | NATURA CONFERIMENTO |
|---|---|--|---|
| 1 | Raccolta e utilizzo del ritratto personale dell'interessato mediante supporti fotografici e audiovisivi. | Animazione e finalità ricreative (socializzazione, svago, mantenimento di rapporti tra l'utente e il territorio) | Specifica autorizzazione dell'interessato (la base giuridica del loro trattamento è data dal consenso). |
| 2 | Diffusione tramite pubblicazione sul giornalino/notiziario della APSP o su altro materiale istituzionale dell'Ente. | | |
| 3 | Esposizione su cartelloni affissi all'interno della struttura. | | |
| 4 | Diffusione mediante esposizione sul sito web istituzionale dell'Ente e sulla pagina istituzionale Facebook. | | |
| 5 | Affissione in prossimità della porta di ingresso della stanza. | Agevolazione e riconoscimento | Specifica richiesta dell'interessato. |
| 6 | Cartella sanitaria. | Riconoscimento e cura dell'ospite | Obbligatorio. |

Videosorveglianza

Presso alcuni varchi e lungo alcune aree perimetrali dell'APSP è attivo un sistema di videosorveglianza, per finalità connesse ad esigenze di controllo, sicurezza, tutela del patrimonio e della incolumità fisica delle persone.

Monitoraggio a distanza Utenti non autosufficienti

In caso di rischio di allontanamento del residente dalla struttura e al fine di garantire la tutela dello stesso, l'equipe socio-sanitaria e socio-assistenziale dell'Ente potrà concordare con il diretto interessato e/o con la persona di riferimento il monitoraggio a distanza dell'Utente mediante dispositivi di controllo dell'accesso a varchi o vie di fuga, con invio di segnale di allarme agli operatori. Il dispositivo sarà pertanto applicato d'intesa con l'Utente e/o la persona che lo rappresenta.

Dossier sanitario

Il trattamento di dati personali, comuni e riferiti allo stato di salute dell'interessato, potrà essere effettuato, previo specifico consenso, attraverso procedure volte a informatizzare la gestione della cartella sanitaria (dossier sanitario). Tale modalità prevede l'elaborazione in formato elettronico delle informazioni inerenti allo stato di salute dell'interessato relativamente ad eventi clinici presenti e trascorsi (p.es.: referti, documentazione relativa a ricoveri, dati clinici, immagini di indagini diagnostiche, ecc.) al fine di permettere e documentare la storia clinica e migliorare le prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura. Tale sistema prevede che i dati personali identificativi dell'interessato e quelli riferiti al suo stato di salute siano elaborati con modalità informatiche e allocati su banche dati idonee a rendere accessibile la consultazione, differenziata per ambiti specifici e profili di



autorizzazione, da parte di personale e collaboratori dell'Ente istruiti ed autorizzati al loro trattamento nel rispetto dei principi di necessità, indispensabilità e pertinenza.

Il dossier elettronico potrà essere consultato, anche senza il consenso dell'interessato, ma nel rispetto dell'autorizzazione generale del Garante, qualora sia indispensabile per la salvaguardia della salute di un terzo o della collettività.

Base-giuridica del trattamento

| | FINALITÀ | BASE GIURIDICA |
|---|---|---|
| 1 | Tutela della salute e incolumità fisica dell'interessato o di terzi o della collettività. | Artt. 9, paragrafi 2 lettera h) ed i) e 3 del Regolamento e articoli 2-septies e 75 del D.lgs. 196/2003 e delle specifiche disposizioni di settore. |
| 2 | Finalità amministrative e gestionali connesse all'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie. | Adempimento degli obblighi istituzionali, in conformità alle disposizioni di legge e regolamento, in particolare ai sensi dell'art. 2 sexies del D.lgs. 196/03. |
| 3 | Diffusione del ritratto personale. | Consenso dell'interessato. |
| 4 | Gestione del dossier sanitario. | Consenso dell'interessato. |

Modalità del trattamento

I dati acquisiti vengono trattati nel rispetto delle misure di sicurezza tecniche e organizzative previste dal Regolamento UE attraverso procedure adeguate a garantire la riservatezza degli stessi. I dati non saranno trattati mediante processi decisionali automatizzati. Tutti i dati conferiti sono trattati secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza sia in forma cartacea che elettronica e protetti mediante misure tecniche e organizzative per assicurare idonei livelli di sicurezza ai sensi degli artt. 25 e 32 del GDPR.

Ambito di comunicazione e diffusione

I dati raccolti sono trattati da parte di personale e collaboratori incaricati in ragione di effettive esigenze lavorative nel rispetto del principio di necessità. Personale amministrativo e figure professionali tecniche, sanitarie, socio-sanitarie e sociali, di cui l'APSP si avvale, appositamente incaricati in relazione alle mansioni di competenza, potranno entrare a conoscenza dei dati conferiti nel rispetto del principio di indispensabilità. Per le finalità sopra indicate, i dati personali potranno essere trattati da soggetti pubblici e privati, enti e istituzioni secondo quanto previsto dalle vigenti disposizioni di legge e Regolamento. In ogni caso, i dati personali relativi alla salute non verranno in alcun modo diffusi.

Ai sensi del d.lgs 175/2014 l'elenco delle prestazioni di carattere sanitario erogate e fatturate nei confronti dell'interessato, salvo esercizio del diritto di opposizione, saranno trasmesse in modalità telematica al Sistema Tessera Sanitaria gestito dal Ministero dell'Economia e Finanze. Ciascun interessato può opporsi in tutto o in parte a tale comunicazione facendo richiesta presso i nostri Uffici amministrativi ovvero chiedere all'Agenzia delle Entrate che tutti o taluni dati (spese ed eventuali rimborsi) non vengano utilizzati per l'elaborazione della dichiarazione dei redditi precompilata.

Oltre ai soggetti sopra specificati i dati conferiti potranno essere trattati da parte di altri soggetti terzi, nominati responsabili del trattamento (associazioni professionisti per prestazioni di infermiere professionali o cooperative incaricate alla preparazione dei pasti, appaltatori di servizi, consulenti, fornitori di servizi, ecc.) nella misura in cui ciò sia necessario per l'espletamento di attività svolta su delega dei contitolari. Il loro elenco è accessibile mediante semplice richiesta recapitata ai contitolari. Non è previsto il trasferimento verso Paesi terzi.



Durata del trattamento e periodo di conservazione

I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario allo svolgimento del rapporto con l'interessato e saranno conservati per il tempo di legge. L'APSP rispetta i tempi di conservazione stabiliti nel Massimario di scarto per le APSP della Provincia di Trento.

Diritti dell'interessato

Relativamente ai dati medesimi l'interessato o un suo rappresentante può esercitare, senza particolari formalità, i diritti previsti dagli artt. 15 e segg. del Regolamento UE 16/679 rivolgendosi al seguente indirizzo e-mail: info@apspvannetti.it.

In particolare:

- chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati personali;
- ottenere la limitazione del trattamento;
- ottenere ogni informazione nel merito dei trattamenti svolto, con particolare attenzione alla gestione informatizzata della propria documentazione sanitaria, nonché per revocare l'eventuale consenso al loro trattamento mediante dossier sanitario o per esercitare la facoltà di oscuramento di alcuni eventi clinici ivi riportati;
- opporsi al trattamento in qualsiasi momento nonché proporre reclamo all'autorità di controllo competente ex articolo 77 del GDPR (Garante per la Protezione dei Dati Personali).

Una versione sempre aggiornata di questa informativa sarà pubblicata sul sito dell'Ente alla sezione privacy che l'interessato è invitato a visitare con regolarità.



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il sottoscritto

Oppure

| | |
|-----------------|--|
| Il sottoscritto | |
| In qualità di | Tutore, amministratore di sostegno, fiduciario, familiare, prossimo congiunto, convivente del/la sig./sig.ra _____ |

acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del Reg. Ue 2016/679

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> consente | <input type="checkbox"/> non consente |
| alla gestione informatizzata della propria documentazione sanitaria autorizzandone l'allocazione nel dossier sanitario elettronico con | |
| <input type="checkbox"/> il recupero dei dati storici | <input type="checkbox"/> senza il recupero dei dati storici |

SOLO PER OSPITI RSA

L'interessato,

chiede non chiede

che il proprio nome e cognome venga indicato nella segnaletica posizionata all'ingresso della propria stanza di degenza (in caso di risposta negativa potranno essere esposti il nome per esteso e il cognome con iniziale puntata).

(Luogo e data)

Firma

L'interessato, acquisite le relative informazioni, in riferimento ai

DATI SOGGETTI A MAGGIOR TUTELA DELL'ANONIMATO

(dati relativi a violenza sessuale o pedofilia, infezioni da HIV, uso di sostanze stupefacenti, psicotrope, alcool, interventi di interruzione della gravidanza)

consente non consente

all'inserimento/consultazione dei predetti dati nel fascicolo sanitario/dossier sanitario



I

L'interessato autorizza il titolare del trattamento a poter comunicare i propri dati relativi allo stato di salute e di interesse per i servizi amministrativi dell'APSP, ai soggetti di seguito indicati:

| Nominativo | Grado di parentela | Contatto |
|------------|--------------------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ALTRESÌ

In riferimento all'utilizzo delle immagini personali

| | | | |
|---|--|-------------------------------------|---------------------------------|
| 1 | Diffusione tramite pubblicazione sul giornalino/notiziario della APSP o su altro materiale istituzionale dell'Ente | <input type="checkbox"/> non presta | <input type="checkbox"/> presta |
| 2 | Esposizione su cartelloni affissi all'interno della struttura | <input type="checkbox"/> non presta | <input type="checkbox"/> presta |
| 3 | Diffusione mediante esposizione sul sito web istituzionale dell'Ente e sulla pagina istituzionale Facebook | <input type="checkbox"/> non presta | <input type="checkbox"/> presta |
| 4 | Affissione in prossimità della porta di ingresso della stanza | <input type="checkbox"/> non presta | <input type="checkbox"/> presta |

(Luogo e data)

Firma