

## DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA-CDI DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

Questa modulistica di ingresso (domanda e scheda sanitaria) è valida per l'inserimento in tutte le RSA ubicate nel territorio di ATS della Città Metropolitana di Milano.

L'obiettivo è quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo dei dati e delle condizioni socio sanitarie della persona che chiede di essere accolta in RSA al fine di valutarne l'idoneità di inserimento. Tutta la modulistica deve essere compilata in maniera completa e leggibile.

### GENERALITÀ DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA

(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INSERIMENTO PRESSO LA RSA)

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

in qualità di  AdS  Tutore  Altro, specificare \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via / Corso \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Altri familiari e persone di riferimento:

Cognome e nome	Grado di parentela	Recapito telefonico
1)		
2)		

### PER IL SIG./LA SIG.RA

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_ Genere:  M  F

Documento di identità n. \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Codice Assistito \_\_\_\_\_ Codice Esenzione \_\_\_\_\_

Residente in _____	CAP _____
Via / Corso _____	Recapito telefonico _____

ATS di appartenenza \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Medico curante (Nome e recapito telefonico) \_\_\_\_\_

Se cittadino extracomunitario:

Permesso di soggiorno  sì  no Scadenza \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### RICHIESTE INSERIMENTO PRESSO LA RSA

*Il sottoscritto, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta. Si impegna inoltre a comunicare alla RSA l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso, etc....)*

Firma della persona o del richiedente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA  
DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO**

MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO

- Condizioni abitative non idonee
- Vive solo/sola
- Perdita autonomia
- Quadro clinico compromesso
- Mantenimento/miglioramento capacità residue
- Rischio permanenza al domicilio
- Altro (ad es: problematiche socio-familiari)

\_\_\_\_\_

PROVENIENZA

- Domicilio
- Istituto di ricovero per acuti (ospedale)
- Struttura psichiatrica
- Istituto di riabilitazione
- Altra RSA
- Altro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TIPOLOGIA DI RICOVERO

- Tempo determinato
- Lungodegenza

Nucleo Alzheimer     SI     NO

CONVENZIONE

- NO
- SI, con il seguente ente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CONDIVISIONE DEL RICOVERO CON L'INTERESSATO

SI     NO, motivazione: \_\_\_\_\_

note: \_\_\_\_\_

SITUAZIONE ABITATIVA

Con chi vive:

- Solo
- Coniuge
- Figli
- Altri parenti: \_\_\_\_\_
- Assistente familiare (ore/die) \_\_\_\_\_

Altro: \_\_\_\_\_

Dove vive:

- Abitazione adeguata
- Abitazione parzialmente adeguata
- Abitazione totalmente inadeguata

Perché \_\_\_\_\_

- Casa di proprietà
- Affitto
- Casa ALER
- Usufrutto
- Altro: \_\_\_\_\_

TUTELA

NO     SI:

- Amministrazione di sostegno / Tutela
  - In corso
  - Numero decreto: \_\_\_\_\_
- Altro: \_\_\_\_\_

Nome e Cognome referente della protezione giuridica (es. AdS, Curatore, Tutore, etc...): \_\_\_\_\_

Qualifica:

- Familiare: \_\_\_\_\_
- Altro (specificare qualifica; ad esempio: Funzionario del Comune, Avvocato nominato dal Tribunale, etc.) \_\_\_\_\_

Recapiti: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO (Legge 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento")

SI

NO

### SITUAZIONE FAMILIARE

- Coniugato/a
- Divorziato/a
- Celibe/nubile
- Separato/a
- Vedovo/a
- Altro: \_\_\_\_\_
  
- Fratelli (N:        )
- Sorelle (N:        )
  
- Figli (N:        )
- Figlie (N:        )

### SITUAZIONE ECONOMICA

- Nessuna pensione
- Anzianità/vecchiaia
- Minima/sociale
- Guerra/infortunio sul lavoro, etc
- Reversibilità
  
- In attesa di invalidità civile
- Invalidità
  - ↳ Codice: \_\_\_\_\_
  - ↳ Percentuale: \_\_\_\_\_ %
  - ↳ Indennità accompagnamento
    - si  no  In attesa

### LIVELLO DI ISTRUZIONE / PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO / INTERESSI

- Nessuna scolarità
- Licenza elementare
- Diploma medie inferiori
- Diploma medie superiore in \_\_\_\_\_
- Laurea in \_\_\_\_\_
- Altro: \_\_\_\_\_
- Professione pre pensionamento \_\_\_\_\_
- Interessi / hobby \_\_\_\_\_

### RETE SOCIO SANITARIA E SOCIALE

Servizi / interventi Socio Sanitari attivi:  NO  SI (specificare):

- ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) \_\_\_\_\_
- CDI (Centro Diurno Integrato) \_\_\_\_\_
- Misure di sostegno regionali (es. B1, B2, RSA Aperta, Voucher...) \_\_\_\_\_

Servizi / interventi Sociali attivi:  NO  SI (specificare):








- SAD Comunale
- Custode sociale – Portierato Sociale – Alloggio protetto \_\_\_\_\_
- Associazioni di volontariato \_\_\_\_\_
- Altro (ad esempio: telesoccorso, supporto vicinato, etc) \_\_\_\_\_

# DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA RSA

- Direttamente
- Servizio Sociale di:  Centri Sociali Territoriali  Ospedale
- Medico di Medicina Generale (medico curante)
- Medico specialista \_\_\_\_\_
- Passaparola
- Pubblicità
- Eventi/manifestazioni
- Internet
- Associazioni \_\_\_\_\_

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:

-  CARTA DI IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO, IN CORSO DI VALIDITÀ
-  CERTIFICATO DI RESIDENZA O ATTO SOSTITUTIVO DI NOTORIETA' (AUTOCERTIFICAZIONE)
-  TESSERA SANITARIA
-  EVENTUALI ESENZIONI
-  VERBALE INVALIDITÀ
-  DOCUMENTO RELATIVO ALLA TUTELA (ad esempio copia procura, copia decreto di nomina)
-  ACCERTAMENTI CLINICO DIAGNOSTICI RECENTI (SOLO ULTIMI 6 MESI)

EVENTUALI NOTE/OSSERVAZIONI

---

---

---

---

Ai sensi del D.L.gs.196 del 2003 si informa che i dati indicati saranno utilizzati esclusivamente al fine di comunicazione/informazione per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo, come regolamentato nella relativa informativa della Struttura ricevente.

Dichiaro di aver ricevuto le informazioni relative alla L. 6 del 9/01/2004 Artt. 404 e SS. CC " Istituzione dell'Amministrazione di Sostegno"

SI

NO

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE:

---

NOTE:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA  
DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO**

Cognome e Nome .....

Data di nascita ...../...../.....

luogo di nascita .....

**QUADRO CLINICO : PATOLOGIE PRINCIPALI**

INDICE DI COMORBILITÀ (CIRS)	DIAGNOSI	ASSENTE	LIEVE	MODERATO	GRAVE	MOLTO GRAVE
<b>Patologie Cardiache (solo cuore)</b> Portatore di PM: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ipertensione</b> (si valuta la severità; gli organi coinvolti vanno considerati separatamente)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Apparato vascolare</b> (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Apparato respiratorio</b> (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Occhi / O.R.L.</b> (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Apparato digerente tratto superiore</b> (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Apparato digerente tratto inferiore</b> (intestino, ernie)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fegato</b> (solo fegato)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Rene</b> (solo rene)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie</b> (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Apparato Muscolo-Scheletro e Cute</b> (muscoli, scheletro, tegumenti)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Patologie sistema nervoso</b> (sistema nervoso centrale e periferico; <b>non include la demenza</b> )	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Patologie sistema Endocrino-Metabolico</b> (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Stato mentale e comportamentale</b> ( <b>include demenza</b> , depressione, ansia, agitazione, psicosi)	..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA  
DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO**

MALATTIE INFETTIVE CONTAGIOSE IN ATTO

ALLERGIE NON NOTE NO SI, DI CHE TIPO: .....

INTERVENTI CHIRURGICI E/O RICOVERI OSPEDALIERI E RIABILITATIVI (NEGLI ULTIMI 12 MESI)

**ASPETTI CLINICO - FUNZIONALI**

Autonomia nel movimento <i>(è possibile barrare più caselle)</i>	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento <input type="checkbox"/> necessità di aiuto costante per la deambulazione <input type="checkbox"/> mobilizzazione solo in poltrona e/o cambi posturali a letto <input type="checkbox"/> necessità di usare il sollevatore <input type="checkbox"/> immobilità a letto
Utilizzo ausili per la deambulazione <i>(è possibile barrare più caselle)</i>	<input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> deambulatore / girello <input type="checkbox"/> altro.....
Autonomia igiene e cura personale	<input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale
Autonomia nell'uso dei servizi igienici	<input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale
Incontinenza urinaria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI    Data ultimo posizionamento: ..... / ..... / 20.....
Presidi assorbenti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Nefro /urostomia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Incontinenza fecale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Stomia, sede: .....
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> continua <input type="checkbox"/> discontinua
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (tipo di cannula)
Ventilazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> invasiva <input type="checkbox"/> non invasiva
Catetere venoso centrale (CVC)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede: .....
Lesioni da pressione	<input type="checkbox"/> NO <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
Altre lesioni cutanee <i>(incluse ferite chirurgiche)</i>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede: .....
Cadute ricorrenti <i>(anche senza conseguenze traumatiche)</i>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI    Numero cadute nell'anno: .....

**SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA  
DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO**

**DEFICIT SENSORIALI**

Ipovisus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Cecità assoluta	<input type="checkbox"/> SI
Ipoacusia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Corretta con protesi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sordità assoluta <input type="checkbox"/> SI

**DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI**

Stato di coscienza alterato	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> soporoso <input type="checkbox"/> coma/stato vegetativo (GCS:..... /15)
Deficit di memoria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Disorientamento <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> temporale <input type="checkbox"/> spaziale
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	di che tipo: .....
Crisi d'ansia / attacchi di panico frequenza _____	<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
Wandering (cammino afinalistico) /affaccendamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tentativi di allontanamento inconsapevole/tentativo fuga <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni)	<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
Abuso/dipendenza da sostanze:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	<input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso Di che tipo: .....
Dipendenza gioco	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	di che tipo: .....
Tentato suicidio	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	indicare la data: ..... / ..... / .....
In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	.....
Eventuali note e osservazioni: .....		

**PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE**

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/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 Addensanti <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

**SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA  
DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO**

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"/> periferica <input type="checkbox"/> centrale
------------------------	--	---------------------------	--

Peso corporeo: ..... kg	Altezza: ..... cm
-------------------------	-------------------

Intolleranze	<input type="checkbox"/> non note <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: .....
--------------	---

**TERAPIA**

Non assume terapia farmacologica

Terapia in atto ed orari di somministrazione:

Farmaco/Principio attivo	Posologia

**ALTRI TRATTAMENTI:**

Emotrasfusione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tipo _____
----------------	---	------------

Dialisi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> emodialisi <input type="checkbox"/> dialisi peritoneale
---------	---

Altro (chemioterapia, radioterapia, etc) .....
--

**EVENTUALE APPROFONDIMENTO:**

.....  
.....

Data presunta dimissione (se proveniente da altra struttura sanitaria o sociosanitaria): ..... / ..... / 20....

Nome e Cognome medico curante: ..... Recapito ..... ..... tel.diretto..... fax ..... e-mail diretta: .....@.....	Timbro e firma del medico curante
--	-----------------------------------

Data di compilazione: ..... / ..... / 20.....



**INFORMATIVA PRIVACY**  
**Regolamento UE 679/2016**  
**Informativa Interessati – Dossier Sanitario Elettronico**

Ai sensi e per gli effetti dell'Articolo 13 del REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e a seguito di quanto prescritto nel Provvedimento dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali n. 331 del 4 giugno 2015 (Linee guida sul Dossier Sanitario Elettronico), informiamo che Fondazione Istituto Sacra Famiglia Onlus, Piazza Monsignor Moneta n.1, Cesano Boscone, in qualità di Titolare del trattamento, tratta i dati personali da Lei forniti per iscritto o verbalmente e liberamente comunicati (Art. 13.1, lett. a) Reg. 679/2018). Fondazione Istituto Sacra Famiglia Onlus garantisce che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell'Interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

Informiamo che il Dossier Sanitario Elettronico è lo strumento informatico costituito presso Fondazione Istituto Sacra Famiglia Onlus che raccoglie l'insieme dei dati personali dell'interessato generati a seguito di eventi clinici, presenti ed eventualmente passati. Questi eventi clinici saranno messi in condivisione logica al personale sanitario di Fondazione Istituto Sacra Famiglia Onlus, in qualità di titolare del trattamento, per le finalità di cura, diagnosi e assistenza sanitaria e sociale in modo tale che sia possibile predisporre la prestazione sanitaria più adeguata.

Le modalità di trattamento dei dati personali, effettuate nell'ambito dell'erogazione della prestazione sanitaria richiesta dall'interessato, è reperibile presso il sito web dell'Ente e/o presso la struttura ospedaliera..

**1. Data Protection Officer (DPO) / Responsabile della Protezione dei dati (RPD) (Art. 13.1.b Regolamento 679/2016/UE)**

Il Data Protection Officer è reperibile presso la sede principale di Fondazione Istituto Sacra Famiglia Onlus in Piazza Mons. Moneta, 1 – 20090 Cesano Boscone (MI). E' possibile prendere contatto per istanze/comunicazioni attraverso il recapito email: <mailto:privacy@pec.sacrafamiglia.org>

**2. Finalità del trattamento dei dati personali (Art. 13.1.c Regolamento 679/2016/UE)**

Tutti i dati personali comunicati dal soggetto Interessato, sono trattati dal Titolare del trattamento sulla base di uno o più dei seguenti presupposti di liceità:

- erogazione delle prestazioni richieste espressamente dall'Interessato (Art. 6.1, lett. a) e Art. 9.2, lett. a) Reg. 679/2016).

In elenco, le finalità per cui i dati personali dell'Interessato verranno trattati:

- per consentire al personale sanitario e amministrativo, svolgente le attività connesse a quelle di cura, di avere la storia clinica dell'interessato il più completa possibile in modo tale da offrire la prestazione sanitaria più adeguata;
- per la costituzione del Dossier Sanitario Elettronico;
- rendicontazione nei confronti degli enti ai quali la normativa riconosce poteri di monitoraggio e controllo nei confronti di Fondazione Istituto Sacra Famiglia Onlus;
- ottemperare a specifiche richieste dell'Interessato.

**2.1 Modalità di trattamento**

Si informa che l'accesso al Dossier Sanitario Elettronico è protetto e riservato ai soggetti autorizzati. La protezione e la riservatezza dei dati è garantita da procedure di autenticazione dirette necessarie a rendere identificabile e tracciabile l'identità del personale di Fondazione Istituto Sacra Famiglia Onlus che visiona la storia clinica dell'interessato conservata nel Dossier Sanitario Elettronico.

Si specifica che gli unici che possono accedere al suo Dossier Sanitario Elettronico sono il personale sanitario e amministrativo che svolge attività connesse a quelle di cura Fondazione Istituto Sacra Famiglia Onlus. Il personale potrà accedere solo ai dati personali necessari per lo svolgimento delle proprie mansioni.

La visione del Dossier Sanitario Elettronico dell'interessato potrà essere concessa anche ai professionisti che svolge attività in libera professione intramuraria (c.d. intramoenia) o nell'erogazione di prestazioni al di fuori del normale orario di lavoro che utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche della struttura sanitaria a fronte del pagamento da parte del paziente di una tariffa.

Si comunica all'interessato che il consenso per trattare i propri dati personali per la costituzione del Dossier Sanitario Elettronico è facoltativo. Il mancato conferimento del consenso non pregiudica per nessuna ragione la possibilità di accedere alle cure sanitarie richieste dall'Interessato.

Si comunica all'interessato che, qualora abbia prestato il proprio consenso al fine di costituire il Dossier Sanitario Elettronico, questo potrà essere visionato anche qualora ciò sia ritenuto indispensabile al fine di salvaguardare la salute di un terzo e/o della collettività.

Si comunica all'interessato che solo previo ulteriore consenso saranno riportare nel suo Dossier Sanitario Elettronico delle informazioni sanitarie riferibili alla sua storia clinica particolarmente delicati, quali:

- aver subito violenza sessuale;
- aver subito violenza sessuale in età infantile e/o adolescenziale;
- essere affetti da HIV;
- essere assuntore di sostanze stupefacenti, psicotrope, alcoliche;
- essersi sottoposti ad interruzione volontaria della gravidanza;
- aver deciso di partorire in anonimato;
- aver usufruito di servizi offerti da consultori familiari.

### **3. Eventuali destinatari o eventuali categorie di destinatari dei dati personali (Art. 13.1, lett. e) Regolamento 679/2016/UE)**

I dati personali dell'Interessato, nei casi in cui risultasse necessario, potranno essere comunicati (con tale termine intendendosi il darne conoscenza ad uno o più soggetti determinati):

- ai soggetti la cui facoltà di accesso ai dati è riconosciuta da disposizioni di legge, normativa secondaria, comunitaria, nonché di contrattazione collettiva (in particolar modo Regione Lombardia ed altri enti del sistema sanitario regionale e nazionale, secondo le prescrizioni del Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari approvato dalla giunta regionale, delle aziende sanitarie, degli enti e agenzie regionali, degli enti vigilati dalla Regione Lombardia – Regolamento regionale 24 dicembre 2012 – n.3);
- ai soggetti ai quali la comunicazione dei dati personali risulti necessaria o comunque funzionale alla gestione prestazione richiesta nei modi e per le finalità sopra illustrate.

Si comunica che verrà richiesto specifico ed espresso consenso nell'eventualità in cui si verificasse la necessità di una comunicazione di dati a soggetti terzi non espressamente indicati. I dati personali relativi allo stato di salute, la vita sessuale, i dati genetici ed i dati biometrici non vengono in alcun caso diffusi (con tale termine intendendosi il darne conoscenza in qualunque modo ad una pluralità di soggetti indeterminati).

### **4. Criteri utilizzati al fine di determinare il periodo di conservazione (Art. 13.2, lett. a) Regolamento 679/2016/UE)**

Fondazione Istituto Sacra Famiglia Onlus dichiara che i dati personali dell'Interessato oggetto del trattamento saranno conservati per il periodo necessario a rispettare i termini di conservazione stabiliti nel Massimario di Scarto approvato dalla Regione Lombardia attualmente in vigore e ss.mm.ii. e comunque non superiori a quelli necessari per la gestione dei possibili ricorsi/contenziosi.

### **5. Diritti dell'interessato (Art. 13.2, lett. b) Regolamento 679/2016/UE)**

Si comunica che, in qualsiasi momento, l'Interessato può esercitare:

- diritto di revocare, in qualsiasi momento, il consenso espresso, ex Art. 7, par. 3 Reg. 679/2016/UE (in caso di revoca del consenso alla costituzione del Dossier Sanitario Elettronico non sarà più possibile prendere visione delle informazioni ivi presenti, fino a che non sia prestato nuovamente il consenso alla sua costituzione. Nel caso di esercizio di tale diritto di revoca le informazioni ivi presenti resteranno comunque a disposizione del personale sanitario che li ha prodotti per le finalità di cura, diagnosi e assistenza sanitaria e/o sociale e per la conservazione degli obblighi di legge, ma non saranno più visibili da parte del personale delle altre unità organizzative di Fondazione Istituto Sacra Famiglia Onlus
- diritto di chiedere al Titolare del trattamento, ex Art. 15 Reg. 679/2016, di poter accedere ai propri dati personali;
- diritto di chiedere al Titolare del trattamento, ex Art. 16 Reg. 679/2016, di poter rettificare i propri dati personali, ove quest'ultimo non contrasti con la normativa vigente sulla conservazione dei dati stessi e con la necessità di tutelare in caso di contenzioso giudiziario i professionisti sanitari che li hanno trattati;
- diritto di chiedere al Titolare del trattamento, ex Art. 17 Reg. 679/2016, di poter cancellare i propri dati personali, ove quest'ultimo non contrasti con la normativa vigente sulla conservazione dei dati stessi e con la necessità di tutelare in caso di contenzioso giudiziario i professionisti sanitari che li hanno trattati;
- diritto di chiedere al Titolare del trattamento, ex Art. 18 Reg. 679/2016, di poter limitare il trattamento dei propri dati personali;
- diritto di opporsi al trattamento, ex Art. 21 Reg. 679/2016;
- diritto di chiedere al Titolare del trattamento, solamente nei casi previsti all'art. 20 del reg. 679/2016, che venga compiuta la trasmissione dei propri dati personali ad altro operatore sanitario in formato leggibile;

- diritto di chiedere l'oscuramento (in qualsiasi momento, l'interessato avrà la possibilità di richiedere al Titolare del trattamento che determinati eventi clinici non siano più riportati all'interno del Dossier Sanitario Elettronico. L'esercizio di questo diritto non potrà assolutamente essere portato a conoscenza di chi è autorizzato ad accedere al Dossier Sanitario Elettronico in modo tale che non possa essere in grado di sapere se il Dossier Sanitario Elettronico ha subito delle modificazioni. L'esercizio di questo diritto potrà essere revocato nel tempo);
- diritto di visionare gli accessi (in qualsiasi momento, l'interessato avrà la possibilità di richiedere al Titolare del trattamento di venire a conoscenza degli accessi che si sono svolti sul proprio Dossier Sanitario Elettronico. All'interessato potrà essere indicata l'Unità Organizzativa o il nominativo del personale sanitario, con l'indicazione della data e dell'ora, in cui si è sviluppato l'accesso al Dossier Sanitario Elettronico. Il Titolare del trattamento ha l'obbligo di rispondere a tale richiesta dell'interessato nel tempo di 15 giorni dall'esercizio del diritto, sempre che il Titolare del trattamento non evidenzi particolari difficoltà nel rispondere a questa richiesta e procrastini di ulteriori 15 giorni la risposta).

#### **6. Diritto di presentare reclamo (Art. 13.2, lett. d) Regolamento 679/2016/UE)**

Il soggetto Interessato ha sempre il diritto di proporre un reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali per l'esercizio dei suoi diritti o per qualsiasi altra questione relativa al trattamento dei suoi dati personali.

**Presenza visione dell'informativa**

Con la presente il sottoscritto,

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

Recapito mail: \_\_\_\_\_

in qualità di:

Tutore/AdS di Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Curatore/Procuratore di Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Prossimo congiunto di Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Familiare (indicare il grado) di Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Responsabile della struttura presso cui l'interessato dimora

dichiara

di aver ricevuto informazioni comprensibili ed esaurienti sul trattamento dei dati derivanti dall'utilizzo del Dossier Sanitario Elettronico e di aver letto e compreso l'informativa resa per iscritto.

**Adesione al progetto regionale CRS-SISS**

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere a conoscenza del fatto che, con il consenso che presto a questa Fondazione, la stessa metterà a disposizione i dati sanitari relativi alle prestazioni sanitarie che ricevo, per il loro eventuale utilizzo nel mio FSE. E' inoltre a conoscenza del fatto che, sia la comunicazione al mio medico di medicina generale dell'evento sanitario che mi sta riguardando, sia l'utilizzo dei dati sanitari, tramite il mio FSE, potranno aver luogo solamente qualora io abbia espresso il relativo specifico consenso.

**Il/la sottoscritto/a** (cognome e nome) .....

presta il consenso

nega il consenso

alla costituzione del Fascicolo Sanitario Elettronico

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**Modulo richiesta consensi**

**Il/la sottoscritto/a** (cognome e nome) .....

presta il consenso

nega il consenso

alla costituzione del Dossier Sanitario Elettronico.

Nell'eventualità in cui l'interessato non dovesse prestare il proprio consenso esso non pregiudicherà per nessuna ragione la possibilità di accedere alle cure sanitarie richieste.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**Il/la sottoscritto/a** (cognome e nome) .....

presta il consenso

nega il consenso

all'inserimento nel proprio Dossier Sanitario Elettronico degli eventi clinici pregressi alla prestazione del consenso alla costituzione del dossier sanitario elettronico che si sono sviluppati presso il Titolare del trattamento di Fondazione Istituto Sacra Famiglia Onlus

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**Il/la sottoscritto/a** (cognome e nome) .....

presta il consenso

nega il consenso

all'inserimento nel Dossier Sanitario Elettronico di informazioni sanitarie riferibili alla sua storia clinica particolarmente delicati, quali:

- aver subito violenza sessuale;
- aver subito violenza sessuale in età infantile e/o adolescenziale;
- essere affetti da HIV;
- essere assuntore di sostanze stupefacenti, psicotrope, alcoliche;
- essersi sottoposti ad interruzione volontaria della gravidanza;
- aver deciso di partorire in anonimato;
- aver usufruito di servizi offerti da consultori familiari.

Nell'eventualità in cui l'interessato non dovesse prestare il proprio consenso esso non pregiudicherà la costituzione del Dossier Sanitario Elettronico e la possibilità di accedere alle cure sanitarie richieste.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
(Ai sensi del DPR 445 del 28.12.2000)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Madre/Padre     Ads/Tutore     Familiare

del/la Sig.re/ra (cognome e nome) \_\_\_\_\_

ai sensi del D.P.R. sopra richiamato,

**DICHIARA**

che il/la Sig.re/ra \_\_\_\_\_

è nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

che è residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

che è cittadino/a italiano/a;

che il suo nucleo familiare è così composto:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

In fede

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## **DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA:**

- **Fotocopia Carta di Identità in corso di validità;**
- **Fotocopia Carta Regionale dei Servizi in corso di validità (è la tessera sanitaria);**
- **Fotocopia eventuale certificato vaccinale**
- **Fotocopia esenzione ticket;**
- **Fotocopia verbale invalidità;**
- **Fotocopie della documentazione clinica recente;**
- **Fotocopia di eventuale provvedimento giuridico di tutela o amministratore di sostegno;**
- **Modulo informativa privacy (allegato)**
- **Dichiarazione sostitutiva di certificazione (allegato)**

La domanda per RSA-CDI, compilata in ogni sua parte e corredata dai documenti richiesti, dovrà essere inviata via mail all'Assistente Sociale della Direzione Sociale - Servizio Accettazione, Dott.ssa Annamaria Marinaci, [amarinaci@sacrafamiglia.org](mailto:amarinaci@sacrafamiglia.org) - 338.69.14.877 - 02.45677.901.

Dal lunedì al giovedì alle 9.00 alle 15.00