

CARTA DEI SERVIZI E DELLE PRESTAZIONI IN REGIME PRIVATISTICO



2022

INDICE

Pag 3:

La Carta dei servizi

L'Azienda Speciale Comunale Cremona Solidale, titolare del servizio

Cosa sono le prestazioni e i servizi in regime Privatistico

Quali sono le finalità e gli obiettivi delle prestazioni e dei servizi in regime Privatistico

Chi si occupa dei servizi e delle prestazioni erogate in regime Privatistico

Pag 4:

Come si fa ad accedere ai servizi ed alle prestazioni in regime Privatistico

Quale è il costo dei servizi e delle prestazioni in regime privatistico

- *Ricovero temporaneo in RSA*

- *Prestazioni domiciliari (ADI Privata)*

Per i residenti fuori dal comune di Cremona (> 10km)

Per i residenti nel comune di Cremona o in comuni limitrofi entro i 10km

Pag 5:

Come si valuta il livello di soddisfazione dell'utente

Come richiedere il rilascio della cartella

Pag 6:

Come raggiungere Cremona Solidale e gli uffici

ALLEGATI

1. *Modulo di segnalazione disservizio, suggerimento, elogio*

2. *Questionario di gradimento del servizio RSA temporanea privata*

3. *Questionario di valutazione della soddisfazione per i servizi domiciliari privati*

4. *Privacy*

5. *Modulo richiesta rilascio cartella*

La Carta dei servizi

La Carta dei Servizi è un documento pubblico pensato per illustrare i servizi offerti all'utenza. La sua finalità è quella di fornire indicazioni sui modi, sulle forme e sui tempi di funzionamento del servizio, sugli obiettivi perseguiti e sulla filosofia di base.

Si rivolge ai fruitori diretti, alle loro famiglie e a tutti coloro che vogliono conoscere il servizio in modo approfondito.

Ogni anno la Carta è aggiornata, resa disponibile per coloro che richiedono informazioni sul servizio. Viene consegnata di persona ai nuovi utenti; è pubblicata sul sito dell'Azienda (www.cremonasolidale.it) ed è esposta presso il servizio. Inoltre, può essere richiesta al Punto Info dell'Azienda (piano terra del presidio Azzolinii, tel. 0372 533651 – e-mail info@cremonasolidale.it) aperto da Lunedì a Venerdì, dalle 8.30 alle 13.30 e dalle 14.30 alle 16.00.

L'Azienda Speciale Comunale Cremona Solidale, titolare del servizio

L'Azienda Speciale Comunale Cremona Solidale - Ente gestore del Servizio - è un Ente pubblico che nasce il 1 gennaio 2004, dopo lo scioglimento di due ex I.P.A.B. Cremonesi (Il.P.P.A.B. Riunite e Centro Geriatrico Cremonese) su impulso del Comune di Cremona. Con delibera n 49 del 25/08/2010 - e successiva modifica ed integrazione del 21/12/2011 - l'Azienda ha adottato un proprio Codice Etico, documento mediante il quale esprime gli impegni ed i valori che ispirano la propria attività, strumento necessario per il perseguimento della " mission aziendale ".

Cosa sono le prestazioni e i servizi in regime Privatistico

I servizi e le prestazioni cosiddette "privatistiche" erogate da Cremona Solidale si dividono in:

1. Ricovero temporaneo in RSA
2. Prestazioni domiciliari (ADI Privata): linfodrenaggio, massoterapia, trattamento fisioterapico individuale, prestazione infermieristica, igiene totale

Servizi e prestazioni sono definite "privatistiche" in quanto possono essere richieste liberamente dal cittadino; il loro costo è a totale carico del richiedente.

Quali sono le finalità e gli obiettivi delle prestazioni e dei servizi in regime Privatistico

I servizi e le prestazioni erogate da Cremona Solidale in regime privatistico garantiscono una risposta professionalmente competente a problemi contingenti e temporali delle famiglie.

Sono attivabili su richiesta individuale.

Si rivolgono a:

1. ricovero temporaneo in RSA – per persone ultra sessantacinquenni
2. prestazioni domiciliari (ADI Privata) – persone di qualunque età che desiderano prestazioni sanitarie al domicilio

Chi si occupa dei servizi e delle prestazioni erogate in regime Privatistico

Ricovero temporaneo in RSA

Dott.ssa Simona Gentile Direttore Sanitario

Dott.ssa Monica Cadei, responsabile del servizio accesso alle prestazioni

Il personale medico, la Capo presidio (RSA Somenzi), , il personale infermieristico, gli ausiliari di assistenza, gli operatori socio-assistenziali, il fisioterapista, l'educatore compongono l'equipe del servizio di ricovero temporaneo in RSA

Il Punto Info accoglie le domande ed indirizza i cittadini che si rivolgono a Cremona Solidale (Punto Info – (Presidio Azzolini, piano terra - telefono 0372 533651 - fax 0372 533555 - mail: info@cremonasolidale.it). L'assistente sociale aziendale è disponibile per fornire informazioni ed indicazioni (telefono 0372 533708 – fax 0372 533555 – mail: assistente.sociale@cremonasolidale.it)

Prestazioni domiciliari

Dott.ssa Simona Gentile Direttore Sanitario

Dott.ssa Marta Cominetti, responsabile del servizio domiciliare e care manager

Il personale infermieristico, gli ausiliari di assistenza, gli operatori socio-assistenziali, il fisioterapista, compongono l'equipe del servizio domiciliare privatistico.

Il servizio può essere contattato per informazioni e richieste di chiarimento attraverso:

e-mail: adi@cremonasolidale.it (è possibile inviare messaggi e domande; se si inviano i propri riferimenti telefonici, un operatore provvederà a richiamare il richiedente)

segreteria telefonica 0372 533586 (è possibile lasciare messaggi e domande; se si inviano i propri riferimenti telefonici, un operatore provvede a richiamare il richiedente)

PEC: adi@pec.cremonasolidale.it

Telefono del centralino: 0372 533511 (chiedere del servizio cure domiciliari)

Numeri dell'ufficio ADI- RSA aperta 0372 533586 oppure 0372 533762 (da lunedì a venerdì dalle 8.00 alle 16.00)

Come si fa ad accedere ai servizi ed alle prestazioni in regime Privatistico

Ricovero temporaneo in RSA

I cittadini che intendono usufruire di un periodo di ricovero temporaneo in RSA in regime privatistico devono recarsi al Punto Info – Presidio Azzolini, piano terra - telefono 0372 533651 - fax 0372 533555 - mail: info@cremonasolidale.it).

Prestazioni domiciliari (ADI Privata)

I cittadini che intendono usufruire di prestazioni domiciliari private devono rivolgersi in prima istanza all'Ufficio ADI - RSA aperta presso Presidio Azzolini - piano terra per la valutazione del tipo di richiesta e per permettere l'organizzazione delle prestazioni attraverso il proprio personale.

Quale è il costo dei servizi e delle prestazioni in regime privatistico

Ricovero temporaneo in RSA

Il ricovero temporaneo in RSA prevede la sottoscrizione di un contratto e del versamento di una caparra che è pari ad una mensilità media.

La retta giornaliera per il ricovero temporaneo – per l'anno 2022 – è di euro =104,50=

Diversamente dalle degenze su posti accreditati, il medico di medicina generale della persona non viene revocato ma permane nella sua funzione di medico prescrittore.

Pertanto la persona, al momento dell'ingresso, dovrà presentarsi con il prospetto della terapia farmacologica in corso, prescritta dal medico curante, e con la fornitura dei farmaci stessi, del materiale di medicazione, in modo che sia coperto tutto il periodo di ricovero, od almeno le necessità di un mese. Sarà cura dei familiari, o di altra persona delegata, provvedere al ripristino delle scorte. La diagnostica di laboratorio sarà effettuata su richiesta del medico curante. Analogamente avverrà per la diagnostica per immagini e per le consulenze specialistiche; tali prestazioni, ancora con ricetta del S.S.R. a firma del curante, saranno eseguite presso il Presidio Ospedaliero di Cremona od altra struttura esterna, con trasporto a carico del ricoverato.

E' prevista l'erogazione di prestazioni di riattivazione motoria generale in gruppo, mentre i trattamenti fisioterapici individuali, prescritti dal medico di Medicina Generale, potranno essere eseguiti in regime di ADI o di trattamento privato. Se gradito, si potrà inoltre accedere al programma animativo di Presidio.

Resta naturalmente a carico dell'Azienda l'assistenza sanitaria sulle 24 ore, le prescrizioni farmacologiche effettuate dai sanitari interni, come pure le indagini diagnostiche richieste in urgenza. Resta inoltre a carico dell'Azienda la prestazione alberghiera e la fornitura dei presidi assorbenti.

Prestazioni domiciliari (ADI Privata)

Le prestazioni domiciliari in regime privatistico hanno costi diversificati in base alla residenza del richiedente.

Per utenti residenti a Cremona o entro i 10 km

PRESTAZIONE ADI privata	IMPORTO UNITARIO	PACCHETTO (10 sedute)
Linfodrenaggio (1 arto)	€ 40,00	€ 390,00
Linfodrenaggio (2 o più arti)	€ 55,00	€ 540,00
Massoterapia	€ 35,00	-
Fisioterapia trattamento individuale	€ 35,00	€ 320,00
Prestazioni infermieristiche	€ 10,00 – € 30,00	
Igiene totale	€ 25,00 (+IVA)	€ 240,00 (+IVA)
Terapia iniettiva	€ 10,00	€ 90,00 (se pacchetto da 5 € 45,00)
Prelievo TAO	€ 15,00	€ 140,00 (se pacchetto da 5 € 70,00)
PRESTAZIONE RSA APERTA privata	IMPORTO UNITARIO	PACCHETTO (10 sedute)
Igiene totale	€ 25,00 (+IVA)	€ 240,00 (+IVA)

Per utenti residenti fuori Cremona (> 10 km)

PRESTAZIONE ADI privata	IMPORTO UNITARIO	PACCHETTO (10 sedute)
Linfodrenaggio (1 arto)	€ 55,00	€ 540,00
Linfodrenaggio (2 o più arti)	€ 65,00	€ 640,00
Massoterapia	€ 45,00	-
Fisioterapia trattamento individuale	€ 45,00	€ 440,00
Igiene totale	€ 40,00 (+IVA)	€ 390,00 (+IVA)
PRESTAZIONE RSA APERTA privata	IMPORTO UNITARIO	PACCHETTO (10 sedute)
Igiene totale	€ 40,00 (+IVA)	€ 390,00 (+IVA)

Nota Bene:

- il pagamento delle prestazioni è anticipato ed avviene presso la Reception della Clinica Riabilitativa
- le prestazioni, se annullate, non sono rimborsabili
- è previsto il pagamento di bollo pari ad euro 2,00 per somme ≥ 80,00 euro.

Come si valuta il livello di soddisfazione dell'utente

E' disponibile un Modulo di segnalazione disservizio, suggerimento, elogio (allegato 1).

Ricovero temporaneo in RSA

All'ospite, se in condizione di compilarlo, o ad un suo familiare /care giver viene consegnato all'atto della dimissione un questionario di gradimento del servizio (allegato 2).

Prestazioni domiciliari

Ogni qualvolta si chiude un intervento presso un utente, l'operatore consegna il questionario di valutazione della soddisfazione (allegato 3).

Rilascio della cartella clinica

Dietro richiesta scritta, gli interessati o gli eredi legittimi, questi ultimi previa presentazione di atto notorio, possono ottenere il rilascio della **COPIA AUTENTICATA DELLA CARTELLA**, compilando il modulo di richiesta, disponibile in allegato alla presente, e presso l'ufficio ispettorato sanitario, Palazzina amministrativa.

Il richiedente dovrà esibire valido documento di identità.

Il richiedente è tenuto a versare una quota prestabilita di € 15,00.

La copia della cartella ADI può essere ritirata, dopo 7gg lavorativi dalla data della richiesta, presso l'Ufficio Economato dell'Ente, ove verrà versata la quota.

Come raggiungere Cremona Solidale e gli uffici

CON MEZZI PRIVATI

Tangenziale di Cremona Uscita direzione Brescia-via Zocco n° 1 (Ampi parcheggi gratuiti)

CON I MEZZI PUBBLICI

Gli autobus della **KM (SERVIZIO PUBBLICO AUTOTRASPORTI DI CREMONA)** fermano all'ingresso di Cremona Solidale



ALLEGATI

1. Modulo di segnalazione disservizio, suggerimento, elogio
2. Questionario di gradimento del servizio RSA temporanea privata
3. Questionario di valutazione della soddisfazione per i servizi domiciliari privati
4. Privacy
5. Modulo per la richiesta della copia della cartella clinica

ALLEGATO 1

Modulo di segnalazione disservizio, suggerimento, elogio

All'Ufficio Relazioni con il Pubblico – URP
Azienda Speciale Comunale "Cremona Solidale"
Via Brescia n.207 – 26100 Cremona
Fax: 0372-533555 / e-mail: urp@cremonasolidale.it

Egr. Signore / Gentile Signora

La preghiamo di descrivere in sintesi il fatto che ha dato origine alla Sua osservazione specificando:

- Data _____
- Ora _____
- Servizio _____

Se desidera ricevere una risposta scritta compili la parte seguente:

- Cognome _____
- Nome _____
- Indirizzo _____
- E-mail _____
- Parente di _____

Cremona, / /

Firma _____

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 13 del D.Lgs 196/2003, si informa che i dati personali verranno utilizzati da Cremona Solidale per soli fini istituzionali e saranno esclusivamente volti a raccogliere reclami, suggerimenti o elogi circa l'attività svolta, garantendo la massima riservatezza.

ALLEGATO 2

Questionario di gradimento del servizio RSA temporanea privata

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE DEL FAMILIARE

1) INFORMAZIONI PRELIMINARI

1.1 Chi compila il questionario: familiare altro care giver amministratore di sostegno/tutore

1.2 In quale RSA è ospitato il suo congiunto/tutelato?

RSA Somenzi RSA Mainardi RSA Mainardi B RSA Azzolini

1.3 Da quanto tempo è ospitato presso l'Azienda il suo congiunto/tutelato?

- Più di cinque anni
 Da 3 a 5 anni
 Da 1 a 3 anni
 Da 3 mesi a 1 anno
 Meno di tre mesi

2) ACCOGLIENZA

N.B. PARTE RISERVATA AGLI OSPITI ENTRATI IN RSA NEL 2022

2.1 Come giudica l'accoglienza al momento del ricovero?

Ottima Buona Sufficiente Scarsa Pessima Non so

2.2. Ha avuto informazioni circa l'organizzazione dell'Azienda e del reparto?

Sì No

3) QUALITA' COMPLESSIVA DELLE PRESTAZIONI RICEVUTE

3.1 Con riferimento all'anno 2022, come valuta complessivamente il servizio offerto dalla RSA?

Pessimo	Scarso	Sufficiente	Buono	Ottimo	Non so rispondere
---------	--------	-------------	-------	--------	-------------------

Analisi di specifici aspetti del servizio

4) QUALITA' DELL'ASSISTENZA

4.1 Da quanto Le dice il suo familiare, come può valutare la disponibilità e la cortesia del personale?

Pessimo	Scarso	Sufficiente	Buono	Ottimo	Non so rispondere
---------	--------	-------------	-------	--------	-------------------

4.2 Come valuta l'assistenza ricevuta dal suo congiunto/tutelato?

Pessimo	Scarso	Sufficiente	Buono	Ottimo	Non so rispondere
---------	--------	-------------	-------	--------	-------------------

4.3 Come valuta la qualità delle informazioni ricevute sulla situazione del suo congiunto/tutelato?

Pessimo	Scarso	Sufficiente	Buono	Ottimo	Non so rispondere
---------	--------	-------------	-------	--------	-------------------

5) GESTIONE DELLA PANDEMIA

5.1 Molte azioni ed attività di prevenzione sono state messe in campo nel 2021 per contrastare la pandemia: uso dei dispositivi di protezione per il personale, vaccinazioni agli ospiti, obbligo vaccinale per tutto il personale, uso dei tamponi con funzione di controllo, ingressi contingentati per i familiari. Ritiene abbiano avuto successo nel contenere la diffusione della pandemia? Ci faccia capire la sua valutazione in merito.

Pessimo	Scarso	Sufficiente	Buono	Ottimo	Non so rispondere
---------	--------	-------------	-------	--------	-------------------

5.2 Ritieni il tuo familiare al sicuro all'interno dei servizi di Cremona Solidale relativamente all'infezione da Covid-19?

No	Abbastanza	Sì	Non so rispondere
----	------------	----	-------------------

6) SERVIZI ALBERGHIERI

5.1 Da quanto Le dice il suo familiare, da quello che lei constata direttamente, come valuta i seguenti servizi alberghieri?

	Pessimo	Scarso	Sufficiente	Buono	Ottimo	Non so rispondere
Vitto						
Pulizia della camera e degli spazi comuni						
Parrucchiera						
Lavanderia						

NOTE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Grazie per la collaborazione. La Direzione Aziendale

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE DELL'OSPITE - SERVIZIO R.S.A. PRIVATA

1) INFORMAZIONI PRELIMINARI

1.1 Come compila il questionario: da solo con un familiare/altro care giver

1.2 Quanto tempo è rimasto nostro ospite?

- Meno di un mese
 Da 1 a 2 mesi
 Da 3 a 4 mesi
 Più di 4 mesi

2) ACCOGLIENZA

2.1 Come giudica l'accoglienza al momento del ricovero?

Ottima Buona Sufficiente Scarso Pessima Non so

2.2. Ha avuto informazioni circa l'organizzazione dell'Azienda e del reparto?

Sì No

3) QUALITA' COMPLESSIVA DELLE PRESTAZIONI RICEVUTE

3.1 Come valuta complessivamente il servizio da lei ricevuto?

Ottimo	Buono	Sufficiente	Scarso	Pessimo	Non so
😊😊	😊	😐	😞	😞😞	?

4) QUALITA' DELL'ASSISTENZA

4.1 Come valuta la cortesia e la disponibilità nei suoi confronti delle seguenti figure professionali?

	Ottimo	Buono	Sufficiente	Scarso	Pessimo	Non so
	😊😊	😊	😐	😞	😞😞	?
Medico						
Infermieri						
Ausiliari						
Educatore						
Fisioterapisti						
Volontari						

4.2 Come valuta l'assistenza e le cure da lei ricevute dalle seguenti figure professionali?

	Ottimo	Buono	Sufficiente	Scarso	Pessimo	Non so
	😊😊	😊	😐	😞	😞😞	?
Medico						
Infermiera						
Ausiliarie						
Educatori						
Fisioterapisti						

4.4 Come valuta il livello di igiene che le è garantito in RSA?

Ottimo	Buono	Sufficiente	Scarso	Pessimo	Non so
😊😊	😊	😐	😞	😞😞	?

5) SERVIZI ALBERGHIERI

5.1 Come valuta il cibo?

Ottimo	Buono	Sufficiente	Scarso	Pessimo	Non so
😊😊	😊	😐	😞	😞😞	?

5.2 Come valuta la Sua camera (arredi, igiene, ecc) ?

Ottima	Buona	Sufficiente	Scarsa	Pessima	Non so
😊😊	😊	😐	😞	😞😞	?

5.3 Come valuta gli spazi comuni (arredi, pulizia, ecc)?

Ottimi	Buoni	Sufficienti	Scarsi	Pessimi	Non so
😊😊	😊	😐	😞	😞😞	?

5.3 Come valuta la pulizia della biancheria del suo letto e la frequenza con cui viene cambiata?

Ottimi	Buoni	Sufficienti	Scarsi	Pessimi	Non so
😊😊	😊	😐	😞	😞😞	?

Vuole dare un suo suggerimento o fare una proposta migliorativa al servizio?

.....

.....

.....

Grazie per la collaborazione. La Direzione Aziendale

ALLEGATO 3

Questionario di valutazione della soddisfazione per i servizi domiciliari privati

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DEL SERVIZIO DOMICILIARE PRIVATO

Gentile cliente,
 al fine di migliorare i nostri servizi, Le chiediamo di dedicare qualche minuto alla compilazione del presente questionario.
 La Sua opinione è per noi molto importante perché può permetterci di adeguare sempre più le nostre prestazioni alle esigenze ed ai desideri dei nostri clienti.
 La ringraziamo anticipatamente per la Sua collaborazione.

La direzione

Le chiediamo di esprimere liberamente un giudizio sulle prestazioni ricevute utilizzando una scala di valutazione da 1 (Poco soddisfatto) a 5 (Molto soddisfatto)

1. Complessivamente in che misura è soddisfatto delle prestazioni ricevute presso il suo domicilio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. Come valuta i seguenti aspetti del servizio ricevuto?

Tempo di attesa tra la prenotazione e la prestazione

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Chiarezza e completezza delle informazioni ricevute

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Professionalità e cortesia degli operatori

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Rapporto qualità/prezzo della prestazione

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Come è venuto a conoscenza del nostro servizio di assistenza domiciliare privata?

- Lo conoscevo già
- Mi è stato indicato dal medico di famiglia
- Mi è stato indicato da parenti/amici
- Ho saputo di voi navigando in internet
- Ho visto un vostro depliant
- Altro (specificare)

4. Perché ha scelto il nostro servizio?

- Lo avevo già utilizzato e ne ero rimasto/a soddisfatto/a
- E' risaputo che i vostri operatori lavorano bene
- Mi è stato consigliato da persona di mia fiducia
- Non ho trovato disponibilità in altri Enti della città

5. Consiglierebbe a parenti/amici il nostro servizio?

Sì	Non so	No
----	--------	----

Dati anagrafici:

Sesso:

- Maschio
- Femmina

Età:

Comune di provenienza:

- Città
- Altro comune della Provincia di Cremona
- Comune al di fuori della Provincia di Cremona

ALLEGATO 4
Privacy

PRIVACY

Gentile Signore/a _____, in qualità di:

- interessato quale OSPITE / UTENTE della seguente U.D.O. _____
 - Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore
 - Rappresentante Delegato (in qualità di familiare, prossimo congiunto, convivente, responsabile della struttura, ai sensi della L.219/2017) _____)
- del Sig.Sig _____

OSPITE/UTENTE nella seguente U.D.O. _____

da qui in poi chiamato interessato al trattamento dei dati,

desideriamo informarla che il D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. (Codice privacy) e il nuovo Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali UE 2016/679 prevedono la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo la normativa indicata, il trattamento dei dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza nei suoi confronti. Desideriamo fornirle alcune utili informazioni riguardo le modalità e le finalità del trattamento dei dati personali raccolti da Cremona Solidale Azienda Speciale Comunale oltre che le misure messe in campo per garantire la sicurezza di tali dati.

I dati saranno trattati ai sensi dell'art 6 "liceità del trattamento" - previo suo consenso - per la esecuzione di un contratto, per obbligo di legge, per la salvaguardia degli interessi vitali, per il perseguimento del legittimo interesse del titolare.

Titolare del trattamento dei dati

Titolare del trattamento dei dati è Cremona Solidale - Azienda Speciale Comunale per i servizi alla persona - Via Brescia n.207, 26100 Cremona, telefono 0372/533511.

I Responsabili incaricati del trattamento per i servizi di competenza sono pubblicati sul sito www.cremonasolidale.it nella sezione Privacy.

Il Titolare del trattamento dei dati - Azienda Speciale Comunale Cremona Solidale - effettua il trattamento dei dati personali dell'interessato, a seguito di suo esplicito consenso, in relazione alla sua richiesta di servizio e alla sottoscrizione del relativo contratto.

Il Responsabile della protezione dei dati (RPD) è stato nominato ed è contattabile presso la sede del Titolare e alla casella mail dpo@cremonasolidale.it a cui potrà rivolgersi per ricevere informazioni o segnalare eventuali disguidi e problemi.

Finalità del trattamento

I dati da Lei forniti o comunicati da terze parti verranno trattati per la gestione del servizio di Ospite/Utente dell'Azienda Titolare del trattamento, con le seguenti finalità:

- adempimento obblighi di legge e di quelli previsti da regolamenti e dalla normativa comunitaria
- cura della sua salute ed erogazione di prestazioni di assistenziali
- fornitura di prestazioni specialistiche sanitarie e sociosanitarie
- somministrazione di farmaci o presidi - se del caso
- assolvimento agli obblighi informativi presso l'ASL e la Regione Lombardia ed altri organismi pubblici e per obblighi di legge
- assolvimento agli obblighi nei confronti del Comune di Cremona (servizi sociali, anagrafe, ecc.) - se del caso
- gestione dei rapporti economici, precontrattuali, contrattuali e fiscali derivanti dai rapporti in essere
- esercizio del diritto di difesa in giudizio da parte del titolare
- invio, dietro suo consenso, di proposte commerciali relative a servizi analoghi a quello fruito.

Eventuali destinatari e categorie di destinatari dei dati personali

I dati personali, per la corretta gestione del servizio e per gli adempimenti di legge, potranno essere comunicati a soggetti esterni quali: organismi sanitari, casse e fondi di previdenza ed assistenza

sanitaria integrativa, medici professionisti, enti pubblici e autorità, familiari dell'interessato. I dati potranno inoltre essere comunicati a società terze o altri soggetti, per le prestazioni di servizio svolte in outsourcing per conto del Titolare, nelle loro qualità di responsabili esterni del trattamento. I dati non saranno oggetto di trasferimento ad un paese terzo, ne' saranno diffusi i dati particolari.

Dati personali particolari

Il trattamento riguarderà anche dati personali "particolari" ai sensi dell'art.9 del Regolamento UE 2016/679, idonei a rivelare stato di salute (malattie, invalidità, problematiche mentali, appartenenza a categorie protette, terapie e servizi sanitari), dati genetici, dati biometrici, convinzioni religiose, opinioni politiche, problematiche sociali (povertà, indigenza, problematiche socio-familiari), vita sessuale.

FSE fascicolo sanitario elettronico (se del caso)

Con specifico consenso prestato a Cremona Solidale, la stessa metterà a disposizione i dati sanitari dell'interessato relativi alle prestazioni sanitarie erogate, per il loro eventuale utilizzo all'interno del suo FSE (Fascicolo sanitario elettronico).

Specifichiamo che sia la comunicazione al medico di base dell'evento sanitario che sta riguardando l'interessato, sia l'utilizzo dei dati sanitari tramite il FSE, potranno avere luogo solamente qualora lei abbia espresso relativo specifico consenso, così come richiesto e precisato nel documento "Trattamento di dati personali in ambito CRS-SISS (trattamento FSE)" che la regione Lombardia ha fornito e ampiamente divulgato.

Periodi di conservazione dei dati

I dati personali vengono conservati dal Titolare del trattamento per almeno n.10 anni dal termine prescrizione dei diritti sorti dal rapporto contrattuale di utilizzo, salvo revoca del consenso ed eventuali diversi obblighi di legge. Trascorsi questi termini, la Direzione e il Consiglio di Amministrazione verificheranno quali dati sia possibile avviare alla completa distruzione e, previa delibera formale del Consiglio di Amministrazione, verrà assunta la decisione della loro distruzione in modo controllato. I dati sanitari sono soggetti ad apposita normativa In base anche al massimario di scarto del sistema sanitario della Lombardia in vigore (attualmente rev. 04 del 2017).

I suoi diritti (interessato)

In qualità di interessato (ex art.7 "Codice privacy" ora artt.15-21 del nuovo Regolamento UE 2016/679), rivolgendosi al Titolare o al Responsabile protezione dei dati (RPD) ai recapiti indicati, potrà esercitare i seguenti diritti:

- accesso i dati personali trattati ed avere informazioni relative a finalità e modalità di trattamento
- rettifica ed integrazione i dati
- cancellazione degli stessi per giustificato motivo
- limitazione al trattamento dei dati che la riguardano
- revoca del consenso al trattamento
- proposta di reclamo all'autorità di controllo in caso di irregolarità
- opposizione al trattamento oltre al diritto alla portabilità.
- diritto di proporre reclamo alle autorità di controllo

Il testo completo degli articoli riportanti i diritti degli interessati è reperibile sul sito www.garanteprivacy.it.

Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento e conseguenze di un eventuale rifiuto

Il conferimento dei dati è obbligatorio per la gestione del servizio di Ospite/Utente di Struttura dell'Azienda Titolare del trattamento e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta la mancata esecuzione del servizio. Non è obbligatorio il consenso al trattamento dei dati personali per scopi commerciali (invio proposte di servizi analoghi a quello fruito) e un eventuale rifiuto non avrà alcuna ripercussione sul servizio erogato.

Al trattamento dei dati personali dell'interessato non sono applicati processi decisionali automatizzati.

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI - COME DA ALLEGATA INFORMATIVA

Io sottoscritto _____ in
qualità di interessato

oppure

Io sottoscritto _____ nato a _____ il _____
in qualità di:

- Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore
- Rappresentante Delegato (in qualità di familiare, prossimo congiunto, convivente, responsabile della struttura ai sensi della Legge 219/2017.....)

del Sig./Sig.ra _____ da qui in poi chiamato *interessato*
al trattamento dei dati

fermo restando il fatto che i dati personali dell'interessato non potranno mai essere utilizzati in modo da ledere la sua dignità e/o libertà, dichiaro, sotto la mia responsabilità, così tenendo indenne il titolare del trattamento da qualsivoglia responsabilità al riguardo,

- a) di essere legittimato a decidere, disporre ed autorizzare terzi, in qualunque forma e modo, all'esercizio dei diritti di cui sopra
- b) che i dati identificativi sopra riportati corrispondono effettivamente alla mia identità informato ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n.196/2003 e s.m.i. e dell'art.13 del Regolamento UE 2016/679 e ben compreso in ogni suo punto l'informativa descritta precedentemente, **acconsento** al trattamento dei dati personali dell'interessato.

Specifico che ho compreso che saranno trattati i dati personali dell'interessato appartenenti a particolari categorie (dati sensibili, genetici, biometrici) e quindi esplicitamente:

Autorizzazione al trattamento dei dati personali dell'interessato, anche particolari, necessari allo svolgimento di quanto appreso dall'informativa:

- esprimo il consenso** **nego il consenso**

Autorizzazione alla comunicazione dei dati personali dell'interessato ai soggetti ben definiti e nelle modalità apprese dall'informativa:

- esprimo il consenso** **nego il consenso**

Firma _____

Data _____

Consenso per le seguenti attività di comunicazione-marketing aziendale

Autorizzazione al trattamento dei dati personali per l'invio, tramite e-mail, posta e/o contatti telefonici, di newsletter, comunicazioni e/o materiale illustrativo sui servizi del titolare e rilevazione del grado di soddisfazione sulla qualità dei servizi:

- esprimo il consenso** **nego il consenso**

Autorizzazione a effettuare, relativamente all'interessato, riprese audiovisive o altre opere multimediali sul sito Web istituzionale e/o su opere editoriali dell'Ente relativi ad Eventi, Feste, Spettacoli o Documentazione delle attività e Progetti, svolte anche in collaborazione con altri Enti:

- autorizzo** **non autorizzo**

Firma _____

Data _____

Consenso per le comunicazioni specifiche per il miglioramento del servizio

A – Autorizzazione a questa Azienda all’inserimento dei dati sanitari relativi alle prestazioni che riceve l’interessato, per il loro utilizzo nel FSE (Fascicolo sanitario elettronico) – se del caso

- esprimo il consenso** **nego il consenso**

B – Autorizzazione alla comunicazione al medico di base dell’evento sanitario che sta riguardando l’interessato – se del caso

- esprimo il consenso** **nego il consenso**

C – Autorizzazione a dare comunicazione del ricovero presso la struttura aziendale e del reparto di degenza a terzi legittimati quali familiari, parenti, conoscenti e personale del volontariato – se del caso

- esprimo il consenso** **nego il consenso**

Consenso per le comunicazioni che riguardano l’interessato

- Autorizzazione affinché Cremona Solidale, oltre al sottoscritto, possa dare informazioni che riguardano l’interessato (stato di salute, di natura amministrativa e contabile) anche ai seguenti Sigg.ri:

.....
.....
.....

Firma _____

Data _____

DA COMPILARE in caso di ricovero in RSA

Sono stato informato che:

- la R.S.A. è (D.P.C.M. 22 dicembre 1989) una struttura extra-ospedaliera finalizzata a fornire accoglienza, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero a persone anziane prevalentemente non autosufficienti
- (D.P.R. 14 gennaio 1997) “presidio che offre a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie, fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera, modulate in base al modello assistenziale adottato dalle Regioni e Province autonome”
- in qualsiasi momento è possibile fare richiesta di dimissioni come previsto dal contratto individuale d’ingresso
- con l’ingresso in RSA non sarà più il medico di medicina generale ad occuparsi della salute dell’interessato perché sarà assegnato un medico della struttura
- il medico della struttura stabilirà la terapia e le infermiere del reparto si occuperanno di somministrare all’interessato i farmaci

Firma _____

Data _____

ALLEGATO 5
Modulo richiesta cartella clinica

MODULO PER RICHIESTA CARTELLA CLINICA

UFFICIO ISPETTORATO SANITARIO

Richiesta copia Cartella Clinica

Intestatario della cartella

Nome _____ Cognome _____
Nato a _____ Prov. _____ il _____
Indirizzo _____ n. _____ Città _____
Cap _____ Provincia _____ Telefono _____

Richiedente (Compilare solo se persona diversa dall'intestatario)

Nome _____ Cognome _____
Nato a _____ Prov. _____ il _____
Indirizzo _____ n. _____ Città _____
Cap _____ Provincia _____ Telefono _____

Consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA DI ESSERE

- Genitore esercente la patria potestà*
- Tutore**
- Curatore**
- Amministratore di sostegno (Allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice Tutelare del Tribunale)*
- Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi)*

CHIEDE

Copia Cartella clinica : Reparto _____ Periodo di ricovero _____

Modalità di ritiro e pagamento:

Presso Ufficio Economato dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 12.30 (in caso di ritiro da parte di persona diversa dall'intestatario occorre presentare anche delega e documento di identità del delegante)

Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) acconsente a che i propri dati siano trattati o possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di legge.

Data ____/____/____ Firma _____

(Allegare documento di identità)