

	REGIONE ABRUZZO ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti Via Dei Vestini s.n.c. Palazzina N - 66100 Chieti C.F./P. Iva 02307130696	Revisione n.: 1.0 Data Emissione: 27.03.2025
	INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA E INTEGRATA <i>resa ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)</i>	

Con la presente, vi informiamo che, per l'esecuzione dei rapporti con i propri pazienti/utenti, l'Azienda Sanitaria Locale 2 Lanciano Vasto Chieti raccoglie – in qualità di titolare del trattamento – i dati personali a questi riferiti, acquisiti direttamente o tramite terzi ai sensi del Regolamento UE 2016/679 *General Data Protection Regulation* (in seguito "GDPR") e del D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" per come novellato dal D.Lgs. 101/18. La citata normativa, prevede innanzitutto che chi effettua trattamenti di dati personali sia tenuto ad informare il soggetto interessato su quali dati vengano trattati e sugli elementi qualificanti dello specifico trattamento, il quale, in ogni caso, deve avvenire secondo i principi di liceità, correttezza e trasparenza, nella tutela dei vostri diritti e della vostra riservatezza. Pertanto forniamo le seguenti informazioni.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO E RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Il titolare del trattamento è l'ASL2 Lanciano Vasto Chieti. I dati di contatto del titolare sono i seguenti: Tel. (+39) 0871 3571, E-mail: ufficio.privacy@asl2abruzzo.it, PEC: info@pec.asl2abruzzo.it. Sede legale: via dei Vestini snc Palazzina N (ex Palazzina SE.BI.) -66100 CHIETI

È possibile rivolgersi al responsabile della protezione dei dati, designato dal titolare ai sensi dell'art. 37 del GDPR, all'indirizzo di posta elettronica: dpo@asl2abruzzo.it.

FINALITÀ DEL TRATTAMENTO E BASE GIURIDICA

Il trattamento dei Suoi dati personali (dati anagrafici e di contatto, anche del Caregiver) e di quelli appartenenti a categorie particolari (dati relativi alla Sua salute) avviene da parte della Azienda ai sensi dell'art. 9, par. 2, lett. h) del Regolamento, per le seguenti finalità di cura e per motivi di interesse pubblico rilevante ai sensi dell'art. 9, par. 2, lett. g) del Regolamento, individuati dall'art. 2-sexies del Codice (decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i), per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica ai sensi dell'art. 9, par. 2, lett. i) del Regolamento dunque, senza necessità del consenso:

- Interventi anche di rilievo sanitario in favore di soggetti bisognosi o non autosufficienti o incapaci ivi compresi i servizi di assistenza domiciliare;
- Programmazione gestionale controllo dell'assistenza sanitaria;
- Attività correlata all'erogazione dell'assistenza domiciliare;
- Tutela socio-assistenziale e interventi di rilievo sanitario a favore di soggetti bisognosi, non autosufficienti o incapaci.

Per eventuali ulteriori finalità rispetto a quelle sopra indicate potrà essere necessario il suo esplicito consenso. Le basi giuridiche di riferimento per questi casi sono costituite dall'art. 6, par. 1, lett. a) dell'art. 9, par. 2, lett. a) del GDPR.

A CHI COMUNICHIAMO I SUOI DATI

I dati relativi al suo stato di salute non sono oggetto di diffusione, cioè non possono essere resi noti ad un numero indeterminato di soggetti. Possono invece essere comunicati, nei casi previsti da norme di Legge o di Regolamento, a soggetti pubblici e privati, Enti ed Istituzioni per il raggiungimento delle rispettive finalità. Ad esempio:

- soggetti pubblici (altre aziende sanitarie) e privati (strutture sanitarie private, es. case di riposo) coinvolti nel Suo percorso diagnostico-terapeutico;
- Comune di residenza;
- Servizi Sociali dei Comuni per le attività connesse all'assistenza di soggetti deboli;
- Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta, quando previsto;
- soggetti qualificati ad intervenire in controversie in cui è parte l'Azienda (compagnie assicurative, legalie consulenti, ecc);
- Forze dell'Ordine e Autorità Giudiziaria, Istituti penitenziari, nei casi previsti dalla legge;
- INPS/INAIL per gli scopi connessi alla tutela della persona assistita;
- Personale specificatamente nominato quale Soggetto Autorizzato al Trattamento dei Dati personali con delega o meno a compiere adempimenti specificamente indicati dal Titolare del trattamento;
- soggetti terzi che effettuino operazioni di trattamento dati personali per conto dell'Azienda, appositamente qualificati "responsabili del trattamento" e tenuti al rispetto degli adempimenti in materia di protezione dati, in virtù di apposito contratto stipulato con l'Azienda;
- altri soggetti nei casi previsti da norma di legge o di regolamento.

	REGIONE ABRUZZO ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti Via Dei Vestini s.n.c. Palazzina N - 66100 Chieti C.F./P. Iva 02307130696	Revisione n.: 1.0 Data Emissione: 27.03.2025
	INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA E INTEGRATA <i>resa ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)</i>	

In tutti i casi in cui un soggetto esterno nello svolgimento di attività tratti dati personali per conto dell'Azienda Sanitaria, tale trattamento si svolge sulla base di un contratto che ne costituisce la base giuridica e tali soggetti sono individuati "Responsabili del Trattamento" ai sensi dell'art. 28 del GDPR.

TRASFERIMENTO DEI SUOI DATI VERSO UN PAESE TERZO E/O UN'ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE

È possibile che i Suoi dati personali possano essere trasferiti a soggetti di un altro Paese, anche all'esterno dell'Unione Europea, se previsto da un obbligo di legge oppure in assolvimento di obblighi contrattuali verso un Responsabile del Trattamento. I trasferimenti verso Paesi extra-UE saranno effettuati soltanto nel pieno rispetto del GDPR.

PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI SUOI DATI

Per la determinazione del periodo di conservazione dei dati personali, presenti nei documenti amministrativi e sanitari si fa riferimento al Massimario di Conservazione e Scarto della ASL2Lanciano Vasto Chieti. In particolare i dati personali e particolari relativi a ciascun episodio di ricovero, che confluiscono nella cartella clinica, sono conservati per un periodo di tempo illimitato. Il massimario di scarto è disponibile al seguente https://archivi.cultura.gov.it/fileadmin/risorse/massimari_scarto/Aziende_ospedaliere_2001.pdf

PROFILAZIONE

In nessun caso verrà effettuata qualsivoglia forma di trattamento automatizzato dei Suoi Dati personali per ottenere informazioni relative alle Sue preferenze personali, alle inclinazioni sessuali, ai comportamenti, alla situazione economica o alla sua ubicazione.

DIRITTO DI REVOCA AL CONSENSO

Per i trattamenti per i quali è prevista la base giuridica del consenso, in allegato alla presente si allega alla presente il format di conferimento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento su di esso basato in precedenza.

NATURA OBBLIGATORIA O FACOLTATIVA DEL CONFERIMENTO DEI DATI

Per i trattamenti non soggetti a consenso il conferimento dei dati è indispensabile per poter erogare le prestazioni richieste, per tanto il mancato conferimento rende impossibile erogare le suddette prestazioni.

MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei dati avverrà secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, anche mediante l'utilizzo di strumento automatizzati nel rispetto del principio di minimizzazione dei dati, nel limite dello scopo per cui sono stati raccolti.

I suoi dati personali e relativi a particolari categorie di dati (art. 9, GDPR) saranno inoltre trattati al fine di adempiere agli obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché dalle disposizioni impartite dalle autorità a ciò legittimate.

I dati relativi alla Sua persona sono registrati e conservati in banche dati cartacee, informatiche e miste.

I SUOI DIRITTI IN QUALITÀ DI SOGGETTO INTERESSATO

Lei ha il diritto (artt. 15 - 22 del GDPR) di chiedere all'Azienda di accedere ai Suoi dati personali e di rettificarli inesatti, di cancellarli o limitarne il trattamento, se ne ricorrono i presupposti, nonché di ottenere la portabilità dei dati da Lei forniti, solo se oggetto di un trattamento automatizzato basato sul Suo consenso o sul contratto. Lei ha altresì il diritto di revocare il consenso prestato per le finalità di trattamento che lo richiedono, ferma restando la liceità del trattamento effettuato sino al momento della revoca. Lei potrà esercitare i diritti sopra indicati inviando una e-mail all'indirizzo ufficio.privacy@asl2abruzzo.it. La modulistica per l'esercizio dei diritti è pubblicata nel sito web aziendale www.asl2abruzzo.it nella sezione "Dati personali". Eventuali segnalazioni formali, in caso di presunta violazione dei dati o di immotivata inottemperanza alle richieste di esercizio dei diritti potranno essere inviate al Responsabile della Protezione Dati all'indirizzo dpo@asl2abruzzo.it. Lei ha anche il diritto di proporre reclamo, ai sensi dell'art. 77 del GDPR, al Garante per la Protezione dei dati personali.

	REGIONE ABRUZZO ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti Via Dei Vestini s.n.c. Palazzina N - 66100 Chieti C.F./P. Iva 02307130696	Revisione n.: 1.0 Data Emissione: 27.03.2025
	INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA E INTEGRATA <i>resa ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)</i>	

Raccolta CONSENSO ai sensi dell'art. 7 GDPR

Premesso che il presente modello integra l'informativa, di cui si dichiara di avere preso visione, il sottoscritto _____ nato _____ il ____/____/____, residente a _____ in via _____ C.F. _____, in qualità di diretto interessato o esercente la responsabilità genitoriale / la tutela / la curatela / l'amministrazione di sostegno sul soggetto beneficiario della prestazione richiesta / caregiver ,

(Nome e Cognome)

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679, consapevole che il trattamento riguarderà i propri dati personali e appartenenti a particolari categorie

DICHIARA

- Di aver letto e compreso l'informativa di cui il presente modello rappresenta una integrazione;
- Di essere consapevole che il consenso prestato potrà restare valido anche per tutti gli eventuali accessi di Assistenza Domiciliare Programmata e Integrata;

PRESTA IL CONSENSO

- Che sia data comunicazione in ordine al proprio stato di salute alle sotto indicate persone:
 - a nessuno
 - al proprio medico curante _____
 - a _____

- Al trattamento di tali dati personali per fini di ricontatto paziente per eventuali comunicazioni a mezzo SMS – telefono al numero: _____
 - SI NO REVOCA (se precedentemente prestato)

- Al trattamento di tali dati personali per fini di ricontatto, comunicazioni al paziente a mezzo email: _____@_____
 - SI NO REVOCA (se precedentemente prestato)

Firma dell'Interessato (anche per presa visione dell'informativa estesa) _____ Data ____/____/____ Documento di riconoscimento tipo _____ n. _____ rilasciato da _____ in data ____/____/____
--

	REGIONE ABRUZZO ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti Via Dei Vestini s.n.c. Palazzina N - 66100 Chieti C.F./P. Iva 02307130696	Revisione n.: 1.0 Data Emissione: 27.03.2025
	INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA E INTEGRATA <i>resa ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)</i>	

OVVERO

Considerato che l'interessato/a Sig./Sig.ra _____ non può prestare il proprio consenso per impossibilità psicofisica, per incapacità, anche temporanea, di agire o per incapacità di intendere o di volere, il sottoscritto (in stampatello):

_____ Documento di riconoscimento tipo _____

n. _____

rilasciato da _____ Data ____/____/____

Familiare esercente la potestà genitoriale
 Soggetto esercente la tutela, la curatela, l'amministratore di sostegno sul soggetto beneficiario la prestazione richiesta
 Convivente
 Responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato
 Altro soggetto munito di delega (*da allegare*)

acconsente al trattamento dei dati sanitari dell'interessato nell'ambito e per le finalità indicate nell'informativa e si impegna, non appena il paziente sia in grado di prestare autonomamente il proprio consenso, a comunicargli di averlo prestato in sua vece e luogo e della possibilità di revocarlo.

Firma del dichiarante (*anche per presa visione dell'informativa estesa*) _____

Data _____

OVVERO

Firma del Genitore (*anche per presa visione dell'informativa estesa*) _____

Data _____ Documento di riconoscimento tipo _____

n. _____

(se esercente la responsabilità genitoriale o il tutore)

Il genitore presente dichiara che l'altro genitore esercitante la responsabilità genitoriale è informato e acconsente al trattamento dei dati personali del minore.

Riservato all'ufficio

Raccolta cartacea del presente documento:

Unità Operativo /o Operatore Economico: _____

Nome del dipendente: _____ Data ____/____/____

Firma del dipendente: _____