



www.asl.pe.it

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER
FINALITÀ DI TRATTAMENTO SANITARIO
ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento UE 679/2016**

**ATTIVITÀ DI TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI DELLA
UOS PSICOGERIATRIA CDCD CENTRO DIAGNOSI ASSISTENZA ALZHEIMER
“SPORTELLO DEMENZE”**

Gentile utente,

al fine di fornirLe tutte le informazioni di cui all' articolo 13, le comunicazioni di cui agli articoli da 15 a 22 e all'articolo 34 del Regolamento UE 679/2016 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – di seguito Regolamento) di cui potrà prendere visione al sito del Garante per la Protezione dei Dati Personali <http://www.garanteprivacy.it/regolamentoue>. La informiamo che i dati personali e quelli appartenenti a categorie particolari (art. 9 del Regolamento) che La riguardano e da Lei forniti, o acquisiti attraverso certificazioni mediche nel corso di accertamenti o visite o da altre fonti, saranno trattati nel rispetto del Regolamento e degli obblighi di riservatezza a cui è tenuta la ASL di Pescara.

1 ESTREMI IDENTIFICATIVI DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI E DATI DI CONTATTO

Il Titolare del trattamento dei dati personali è la ASL di Pescara con sede in, Via R. Paolini, 47 - 65124 Pescara – email: segreteria_dg@asl.pe.it , PEC: protocollo.aslpe@pec.it

2 DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) è raggiungibile al seguente indirizzo: ASL di Pescara, Via Battaglione Alpini, 1 – 65017 Penne (PE). email: dpo@asl.pe.it , PEC: dpo.aslpe@pec.it .

Gli interessati «possono contattare il responsabile della protezione dei dati per tutte le questioni relative al trattamento dei loro dati personali e all'esercizio dei loro diritti derivanti dal [...] regolamento» (articolo 38, paragrafo 4 del Regolamento).

3 FINALITÀ E BASI GIURIDICHE DEL TRATTAMENTO

I trattamenti dei Suoi dati personali (comprensivi di quelli appartenenti a categorie particolari di dati, ad esempio, quelli riguardanti lo stato di salute) non rendono necessario il Suo consenso, quando vengono effettuati dalla Asl nell'esercizio delle proprie funzioni istituzionali nell'ambito delle attività svolte presso la Uos di Psicogeriatría centro diagnosi Alzheimer relativamente alle seguenti finalità:

- Fornire ai caregiver di pazienti affetti da disturbi neurodegenerativi un adeguato orientamento e un adeguato supporto, relativo sia all'iter sanitario (accesso alle prestazioni sia dei CDCD che della rete sanitaria), sia dell'iter sociale (dalla modalità di accesso nelle strutture semiresidenziali e residenziali, alla conoscenza delle RSA/RA presenti, dalla modalità di acquisizione di presidi alla conoscenza degli iter di carattere medico-legale).
- Garantire un contributo informativo/formativo sulla conoscenza della patologia stessa e sulla gestione del burden che grava sui caregiver e sulle famiglie, in particolare in relazione alla gestione dei disturbi del comportamento, con lo scopo di favorire le conoscenze su aspetti medico-psico-sociali della malattia.
- Attività di supporto e counseling, attività di coordinamento, raccolta e omogeneizzazione dati, monitoraggio risultati per la creazione di un archivio dei flussi relativi agli accessi. Attività di sostegno psicologico per la gestione delle difficoltà emotive legate all'assistenza dei pazienti affetti da decadimento cognitivo. L'erogazione del servizio potrà svolgersi con modalità in presenza, o

tramite linea telefonica (teleconsulto con la figura di competenza senza registrazione e scambio di documentazione) attraverso la piattaforma Webex, o attraverso la mail di riferimento.

- Attività di raccordo tra gli utenti e la rete dei servizi sanitari e sociali presenti sul territorio.
- La strutturazione del punto di orientamento prevederà la destinazione formale di uno spazio, in collaborazione anche con le associazioni dei familiari, per incontri formativi/informativi (incontri/caffè), con lo scopo di favorire le conoscenze su aspetti medico-psico-sociali della malattia, di permettere l'interazione tra coloro che vivono le stesse problematiche nella gestione dei pazienti, di ridurre l'isolamento dei malati e dei loro familiari, di migliorare la qualità di vita mediante interventi rivolti ai caregiver e ai malati. Se possibile, sarà contemplato contestualmente uno spazio dedicato ai pazienti (terapia cognitiva/occupazionale e laboratori).

Le basi giuridiche di riferimento per le finalità sopra indicate sono dettate dagli artt. 2-ter, 2-sexies del Codice in materia di protezione dei dati personali (di seguito Codice), secondo quanto disposto dall'art. 2-septies dello stesso e dai seguenti articoli del Regolamento:

- art.6.1, lettera e) - trattamento necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento
- art.6.1, lettera c) – trattamento necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento.
- art.9.2, lettera g) - rilevante interesse pubblico nel settore della sanità pubblica sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri.
- art.9.2, lettera h) - finalità di cura e secondo le modalità previste dall'art. 9.3.
- art.9.2, lettera i) - per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica.

Ulteriori basi Giuridiche del Trattamento sono:

DGR n 408/2018 del 31/08/2022 Approvazione del Piano triennale di demenze della Regione Abruzzo.

DM 23 Dicembre 2021 – Riparto Fondo per l'Alzheimer e le demenze 2021/2023

Per eventuali ulteriori finalità rispetto a quelle sopra indicate, potrà essere necessario il Suo esplicito consenso. Le basi giuridiche di riferimento, in questi casi, sono costituite dall'art. 6.1 lettera a) e dall'art. 9.2 lettera a) del Regolamento.

Pertanto si prega di leggere il consenso allegato alla informativa che segue ove sono riportate le finalità di trattamento per le quali è richiesto il consenso.

4 AMBITO DI COMUNICAZIONE DEI DATI (DESTINATARI)

I Suoi dati saranno trattati nei modi previsti dalla legge e nel rispetto del segreto professionale da:

- personale specificatamente nominato quale "soggetto autorizzato al trattamento dei dati personali", con delega o meno a compiere adempimenti specificatamente indicati dal Titolare del trattamento

I Suoi dati potranno essere comunicati, solo se necessario, ai seguenti soggetti:

- Regione/Agenzia regionale di sanità, altra Azienda Sanitaria, Direzione Provinciale Lavoro, Autorità Sanitaria (Sindaco)
- ai professionisti coinvolti nella gestione clinico assistenziale;
- alla compagnia assicurativa dell'Azienda per la tutela della stessa e dei suoi operatori, per l'ipotesi di responsabilità;
- ad altri soggetti pubblici o privati (che svolgono attività istituzionale per conto della Azienda)
- all'Autorità Giudiziaria e/o di Pubblica Sicurezza, nei casi espressamente previsti dalla legge

La Asl di Pescara non effettua trasferimenti di dati personali verso Paesi terzi.

5 DIRITTI DELL'INTERESSATO

Lei può esercitare i seguenti diritti sui Suoi dati personali, nella misura in cui è consentito dal Regolamento, con riferimento agli specifici articoli dello stesso:

- Accesso (art. 15)
- Rettifica (art. 16)

- Cancellazione (oblio) (art. 17): non esercitabile per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica (art. 17.3.c)
- Limitazione del trattamento (art. 18)
- Portabilità (art. 20): non esercitabile nell'esercizio di compiti di interesse pubblico quale quello sanitario (art. 20.3)
- Opposizione al trattamento, (art. 21)

Per l'esercizio dei diritti di cui sopra Lei può rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati contattabile ai riferimenti sopra riportati.

Il modello per richiedere l'esercizio dei diritti sui Suoi dati personali è scaricabile al seguente link:

<https://www.asl.pe.it/Sezione.jsp?idSezione=338>

6 DIRITTO DI REVOCA DEL CONSENSO

Per i trattamenti per i quali è prevista la base giuridica del consenso (artt. 6.1.a) e 9.2.a) del Regolamento) in allegato alla presente informativa, Lei ha il diritto di revocare il proprio consenso in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

7 DIRITTO DI PROPORRE RECLAMO ALL'AUTORITÀ DI CONTROLLO

Lei, qualora ritenga che il trattamento che La riguarda violi il Regolamento, ha il diritto di proporre reclamo al Garante dei dati personali con sede in Piazza Venezia, n. 11, CAP 00187 Roma, come previsto dall'art. 77 del Regolamento, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

8 EVENTUALE FONTE DA CUI HANNO ORIGINE I DATI PERSONALI

(da inserire manualmente a cura del soggetto autorizzato solo se i dati non sono raccolti presso l'interessato)

.....

9 PERIODO DI CONSERVAZIONE O CRITERI PER DETERMINARE TALE PERIODO

I Suoi dati saranno conservati solo per il tempo necessario al raggiungimento delle finalità per cui sono raccolti, rispettando il principio di limitazione della conservazione di cui all'Art. 5, paragrafo 1, lettera e) del Regolamento, nonché gli obblighi di legge cui è tenuto il Titolare.

La tempistica di conservazione della documentazione contenente dati personali è regolamentata con Deliberazione della ASL n. 324 del 16 Marzo 2015 rinvenibile al seguente link [https://www.asl.pe.it/allegati/Area%20Interna/Privacy/2023/Delibera20150316n0324%20\(1\).pdf](https://www.asl.pe.it/allegati/Area%20Interna/Privacy/2023/Delibera20150316n0324%20(1).pdf)

10 CATEGORIE DI DATI PERSONALI

Le categorie di dati personali trattati sono le seguenti:

- Dati personali, dati anagrafici (nome, cognome, Indirizzo domicilio/recapito/residenza, recapiti telefonici, email) dell'utente e/o del caregiver.
- Particolari categorie di dati personali relativi alla salute dell'interessato (Dati relativi alla salute dell'interessato)

11 MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

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

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

La protezione dei suoi dati è garantita dall'adozione di adeguate misure tecniche e organizzative per assicurare idonei livelli di sicurezza ai sensi dell'art. 32 del Regolamento.

12 NATURA OBBLIGATORIA O FACOLTATIVA DEL CONFERIMENTO DEI DATI

Per i trattamenti non soggetti a consenso il conferimento dei dati è indispensabile per potere erogare le prestazioni richieste e, pertanto, il mancato conferimento rende impossibile erogare suddette prestazioni, salvo per quelle che rivestano carattere di urgenza e/o siano disposte per legge.

Per qualsiasi ulteriore informazione relativa al trattamento dei dati personali può consultare la sezione "privacy" del sito istituzionale della Asl di Pescara, alla pagina web

<https://www.asl.pe.it/Sezione.jsp?idSezione=338>



www.asl.pe.it

REGIONE ABRUZZO – ASL 03 PESCARA

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
rilasciato per le attività di trattamento relative a
UOS PSICOGERIATRIA CDCD CENTRO DIAGNOSI ASSISTENZA ALZHEIMER
“SPORTELLLO DEMENZE”

ai sensi dell'art. 7 Regolamento UE 679/2016
Basi giuridiche di riferimento: artt. 6.1.a) e 9.2.a) del Regolamento

La sottoscritta _____
nato a _____ il ____/____/____;
residente a _____ in Via _____
C.F. _____

In qualità di diretto interessato o esercente la potestà genitoriale / la tutela / la curatela/ l'amministrazione di sostegno/ il caregiver del soggetto beneficiario della prestazione sanitaria richiesta,

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

DICHIARA

- Di aver letto e compreso l'informativa di cui il presente modello rappresenta una integrazione;
- Di essere consapevole che il consenso prestato potrà essere valido, fino ad eventuale revoca, anche per tutti gli eventuali accessi al servizio “ SPORTELLLO DEMENZE” presso la Uos di Psicogeriatría CDCD Alzheimer.

PRESTO IL CONSENSO a ricevere da parte della ASL un messaggio a mezzo contatto telefonico e/o SMS al seguente numero telefonico o indirizzo e.mail -----per eventuali comunicazioni e/o per fini di contatto

- SI
- NO
- REVOCA

Con la firma del presente Modello dichiaro esplicitamente di avere letto e compreso la INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI redatta ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 e di esprimere il mio libero, esplicito e inequivocabile consenso al trattamento per le specifiche finalità indicate nell'informativa, legate al trattamento dei dati personali.

Data ____/____/____ ora ____:_____

Firma (leggibile) dell'Interessato: _____

Documento _____ di riconoscimento _____ tipo _____ n. _____
_____ rilasciato da _____

Data ____/____/____

ovvero

Data _____ Firma _____ Doc. n _____

(se esercente la potestà o il tutore)

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

ovvero

Considerato che l'interessato/a Sig./Sig.ra

.....
non può prestare il proprio consenso per impossibilità psico fisica, per incapacità, anche temporanea, di agire o per incapacità di intendere o di volere, il sottoscritto (*in stampatello*):

.....
n° documento identità rilasciato da

.....
il..... C.F.....

- Familiare (indicare il rapporto di parentela)
- Convivente
- Responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato
- Amministratore di Sostegno

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.

Data

Firma del dichiarante

Alla consegna del presente Modello di consenso, debitamente compilato, presentarsi muniti di documento d'identità in corso di validità o con delega e documento anche del delegante.

Riservato all'ufficio

Raccolta cartacea:

Firma Operatore: _____ Data ____/____/____

Inserita nel database gestione consensi:

Firma Operatore: _____ Data
____/____/____

Note:
