

INFORMATIVA SUL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

Gentile Paziente,

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige La informa, ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE Nr. 2016/679, che, per migliorare i processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, ha attivato il Dossier Sanitario Elettronico, uno strumento che raccoglie in formato digitale i dati e i documenti clinici relativi alle prestazioni sanitarie erogate agli Assistiti.

Tale strumento consente di documentare la storia sanitaria di ciascun Paziente e potrà essere consultato da tutti i professionisti sanitari che la prenderanno in cura all'interno dell'Azienda sanitaria, così da poter valutare nel modo più completo possibile, anche attraverso l'accesso alle informazioni relative alle precedenti prestazioni sanitarie, il suo stato di salute, per individuare tempestivamente le migliori cure.

Il Dossier Sanitario è stato organizzato seguendo le misure previste dalle specifiche Linee guida del 4 giugno 2015, e la sua attivazione è facoltativa e libera: pertanto, sebbene Lei abbia già espresso il consenso generale al trattamento dei dati sanitari, qualora ritenesse opportuno attivarlo è necessario che rilasci un apposito consenso, che naturalmente potrà revocare in qualsiasi momento.

L'Azienda sanitaria Le garantisce comunque che l'accesso ai dati clinici consentito dal Dossier Sanitario, è limitato al percorso di cura e nel caso di urgenza/emergenza. Lei potrà comunque sapere in qualsiasi momento quali reparti/servizi/sistemi alimentano il Suo Dossier Sanitario.

Qualora invece non ritenesse utile usufruire dei possibili benefici legati all'utilizzo del Dossier Sanitario, l'Azienda sanitaria Le garantisce comunque la possibilità di accedere alle cure di cui ha bisogno.

Nel caso in cui non intendesse autorizzare la costituzione del suo Dossier Sanitario o la intendesse revocare successivamente, i Suoi dati saranno a disposizione soltanto dei professionisti del reparto che li ha prodotti.

Lei ha il diritto in qualunque momento di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di informazioni sanitarie che La riguardano e di conoscerne il contenuto e l'origine, di verificarne l'esattezza o di chiederne l'integrazione o l'aggiornamento, oppure la rettifica (art. 15 del Regolamento UE Nr. 2016/679). Lei ha altresì il diritto di sapere quando e se ci sono stati accessi al suo Dossier Sanitario (limitatamente a data e ora, reparto/servizio nonché tipologia professionale di chi ha avuto accesso).

Lei ha altresì la facoltà di oscurare alcuni eventi clinici che La riguardano, ovvero di chiedere che non vengano inserite nel Dossier Sanitario alcune prestazioni sanitarie (diritto all'oscuramento).

L'oscuramento non viene in alcun modo evidenziato, per cui nessuno può venire a conoscenza del fatto che Lei abbia esercitato tale diritto (oscuramento dell'oscuramento). Tale facoltà può essere revocata in qualunque momento (deoscuramento).

Il Suo Dossier Sanitario sarà alimentato dalle informazioni di salute che La riguardano, generate presso questa Azienda sanitaria successivamente alla Sua autorizzazione.

L'Azienda sanitaria ha al riguardo deciso che non possono essere consultati tramite il Dossier Sanitario i dati a maggior tutela (ovvero relativi ad atti di violenza sessuale o pedofilia, infezione da HIV, dipendenze patologiche, prestazioni erogate alle donne che si sottopongono ad interventi di interruzione volontaria della gravidanza o che decidono di partorire in anonimato, servizi offerti dai consultori familiari, i dati del Servizio psicologico e psichiatrico).

Per permettere al personale sanitario che La prenderà in cura di avere un quadro clinico completo, Lei potrà inoltre esprimere il consenso affinché il Suo Dossier Sanitario venga alimentato anche dai dati clinici già in possesso dell'Azienda sanitaria.

La informiamo inoltre che il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, sita in via Cassa di Risparmio n. 4, 39100 Bolzano, e che il trattamento è effettuato in modalità automatizzata da parte del personale espressamente autorizzato al trattamento ai sensi della normativa vigente:

- previa adozione di misure tecniche e organizzative adeguate;
- adottando sistemi per il controllo degli accessi (audit log), idonei sistemi di autenticazione e autorizzazione e sistemi, anche automatici, di "alert" ovvero di indicatori di anomalie;
- conservando i log di accesso per un periodo non superiore a 24 mesi.

Il Dossier Sanitario viene cancellato qualora venga revocata la specifica autorizzazione alla costituzione e in caso di morte dell'assistito.

Qualora ritenesse necessario ottenere maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali del Suo Dossier Sanitario, revocare il consenso precedentemente espresso, esercitare le facoltà di oscurare e di deoscurare, consultare gli elenchi dei soggetti autorizzati al suo trattamento o esercitare i Suoi diritti di accesso così come previsti dall'articolo 15 del Regolamento UE Nr. 2016/679, Lei può rivolgersi presso il:

- **Comprensorio sanitario di Bolzano**

Ospedale di Bolzano:

- Ufficio relazioni con il pubblico (tel. 0471 908948);
- Direzione Medica (tel. 0471 908208/908504);
- Dirigenza Amministrativa (0471 435064/65);

- **Comprensorio sanitario di Merano**

Ospedale di Merano: Ufficio Relazioni con il pubblico (tel. 0473 264985);

Ospedale di Silandro: Punto di comunicazione (tel. 0473 738416);

- **Comprensorio sanitario di Bressanone**

Ospedale di Bressanone e Vipiteno: Dirigente amministrativo degli ospedali di Bressanone e Vipiteno (tel. 0472 812128) o Ufficio accettazione pazienti e fatturazione, comunicazione e relazioni con il pubblico (tel. 0472 812145);

- **Comprensorio sanitario di Brunico**

Ospedale di Brunico e territorio: Ufficio comunicazione, relazioni con il pubblico e affari generali (tel. 0474 581004);

Ospedale di San Candido e territorio: Dirigenza amministrativa presso l'Ospedale di San Candido (tel. 0474 917007).

ed in ogni caso alla Cabina di regia privacy composta dalla referente privacy e dal Data Protection Officer al seguente indirizzo mail privacy@sabes.it

Mod. A

CONSENSO ALLA COSTITUZIONE E ALLA ALIMENTAZIONE DEL DOSSIER SANITARIO

Io sottoscritto (nome e cognome) _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____

codice fiscale □□□ □□□ □□□□□ □□□□□

residente a (Comune, Provincia, Stato) _____

in via (indirizzo) _____

per sé o in qualità di (produrre documentazione comprovante la qualità):

Tutore Legale rappresentante Amministratore di sostegno

Esercente la responsabilità genitoriale

di (nome e cognome) _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____

codice fiscale □□□ □□□ □□□□□ □□□□□

residente a (Comune, Provincia, Stato) _____

in via (indirizzo) _____

Consapevole di quanto prescritto dagli art. 76 e 73 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sulle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

ACCONSENSO ALLA COSTITUZIONE DEL DOSSIER SANITARIO E ALL'ALIMENTAZIONE DELLO STESSO CON DATI PRODOTTI DA ORA IN POI

Sì

No

ACCONSENSO ALL'ALIMENTAZIONE DEL DOSSIER SANITARIO CON DATI PREGRESSI

Sì

No

Alla consegna presentarsi con documento di identità valido o con delega e documento anche del delegante.

Con la firma seguente dichiaro esplicitamente di aver compreso l'informativa di cui all'art. 13 del Regolamento UE sulla protezione dei dati sulle modalità di trattamento dei dati personali e sensibili informatizzati poste in essere dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (pubblicata anche sul sito www.sabes.it) e di esprimere liberamente il mio consenso al trattamento.

_____ luogo e data

_____ firma (estesa e leggibile)

Riservato all'ufficio

Raccolta cartacea:

Matricola Operatore _____ Data _____ Firma Operatore _____

Inserimento nel database gestione consensi:

Matricola Operatore _____ n. progressivo _____ Data _____

Firma operatore _____

Mod. B

RICHIESTA DI OSCURAMENTO/DEOSCURAMENTO EVENTI/EPISODI

Io sottoscritto (nome e cognome) _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____

codice fiscale □□□ □□□ □□□□□ □□□□□

residente a (Comune, Provincia, Stato) _____

in via (indirizzo) _____

per sé o in qualità di (produrre documentazione comprovante la qualità):

Tutore Legale rappresentante Amministratore di sostegno

Esercente la responsabilità genitoriale

di (nome e cognome) _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____

codice fiscale □□□ □□□ □□□□□ □□□□□

residente a (Comune, Provincia, Stato) _____

in via (indirizzo) _____

Consapevole di quanto prescritto dagli art. 76 e 73 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445, sulle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

CHIEDO L'OSCURAMENTO DEI SEGUENTI EVENTI/EPISODI:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

CHIEDO IL DEOSCURAMENTO DEI SEGUENTI EVENTI/EPISODI:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

Alla consegna presentarsi con documento di identità valido o con delega e documento anche del delegante.

Con la firma seguente dichiaro esplicitamente di aver compreso l'informativa di cui all'art. all'art. 13 del Regolamento UE sulle modalità di trattamento dei dati personali e sensibili informatizzati poste in essere dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (pubblicata anche sul sito www.sabes.it) e di esprimere liberamente il mio consenso al loro trattamento.

_____ luogo e data

_____ firma (estesa e leggibile)

Riservato all'ufficio

Raccolta cartacea:

Matricola Operatore _____ Data _____ Firma Operatore _____

Inserimento nel database gestione consensi:

Matricola Operatore _____ n. progressivo _____ Data _____

Firma operatore _____