

**INFORMATIVA E CONSENSO FACOLTATIVO (OVVERO DINIEGO) AL TRATTAMENTO
DEI DATI SANITARI MEDIANTE IL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO (D.S.E.) [INF.AGG.DSE/vers.04]**

GENTILE ASSISTITO,

Le informazioni sul trattamento eseguito da ASL 5 nei confronti dei Suoi dati sanitari contenuti nel Dossier Sanitario Elettronico (DSE) sono disponibili in forma completa e trasparente anche alle pagine web <http://www.asl5.liguria.it/Portals/0/Privacy/InformativaGenerale.pdf> e <http://www.asl5.liguria.it/Portals/0/Privacy/InformativaConsensoDSE.pdf>, dove potrà trovare le modalità di esercizio dei Suoi diritti e, in particolare, quelle per visionare gli accessi effettuati al Suo DSE. ASL 5 Le comunica che deve acquisire il Suo esplicito consenso (ovvero il Suo diniego) in quanto la "raccolta sistematica nel DSE degli eventi clinici", presenti e trascorsi, è una attività facoltativa. Per questo motivo, ASL 5 Le fornisce la presente informativa al fine di descrivere le specifiche FINALITÀ del DSE.

CHE COS'È IL D.S.E.? Il DSE, disciplinato dalle Linee Guida dell'Autorità di Controllo Nazionale (disponibili su <https://www.garanteprivacy.it>), racconta la storia clinica del paziente raccolta elettronicamente nell'ambito di una singola Azienda sanitaria. Ogni Azienda sanitaria, pubblica o privata, può decidere di implementare tale utile servizio informativo. Il DSE permette al Personale Sanitario di ASL 5 di avere una migliore conoscenza complessiva del Suo stato di salute facilitando così un approccio di cura mirato. Il DSE si differenzia dal Fascicolo Sanitario Elettronico (F.S.E.) nel quale, invece, confluisce la storia clinica di una persona generata da più strutture sanitarie, regionali e, in un futuro, di tutta Italia.

PERCHÉ SERVE IL SUO CONSENSO? Il Suo consenso **FACOLTATIVO** è richiesto per poter:

1) **COSTITUIRE IL SUO DSE** in modo tale che ASL 5 possa rendere visibile **DA ORA IN POI** la Sua storia clinica al Personale Sanitario operante in ASL 5 che l'avrà, in quel momento, in cura; 2) una volta costituito, **INTEGRARLO** anche con i dati di salute raccolti **IN PRECEDENZA** da ASL 5 rendendo visibili anche questi al Personale Sanitario operante in ASL 5 che l'avrà, in quel momento, in cura.

Il diniego a costituire il DSE comporta esclusivamente l'impossibilità per ASL 5 di costituire e gestire il Suo DSE senza alcuna altra conseguenza sulle prestazioni sanitarie da Lei richieste. Tuttavia, a fronte del mancato consenso, il Personale Sanitario operante in ASL 5 sarà penalizzato nella conoscenza e valutazione di un più completo quadro generale della Sua salute. Infatti, in assenza del Suo consenso ogni singolo Sanitario operante in ASL 5 avrà a disposizione solo le informazioni da Lei rese nel momento della singola prestazione nonché i documenti refertati nelle precedenti prestazioni erogate dallo stesso Sanitario.

COME ESPRIMO IL CONSENSO? Compilando il presente modulo di consenso e consegnandolo, assieme al codice fiscale (se del caso il codice S.T.P./E.N.I.) e al Suo documento di identità in corso di validità, all'operatore incaricato. Nel caso di minorenni e di persone tutelate, il genitore ovvero il tutore/legale rappresentante compila le sezioni dati riferite sia al minorenne/tutelato sia al dichiarante stesso, rendendo perciò dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà.

DURATA, REVOCA E CONSERVAZIONE DEL CONSENSO. Il consenso è richiesto una volta sola e resta valido sino a sua formale revoca. Per i minorenni, il consenso del genitore vale sino al compimento del 18° anno di età. La revoca del consenso può avvenire in qualsiasi momento, compilando un nuovo modulo. Il consenso (o la successiva revoca), consegnato ad ASL 5 in originale, deve essere da Lei conservato in copia mentre ASL 5 provvederà ad archiviare l'originale anche in formato digitale.

CHI AVRÀ ACCESSO AL DSE? A seguito del Suo esplicito consenso, solo il Personale Sanitario aziendale deputato alle cure e solo in occasione o durante le prestazioni, potrà accedere al Suo DSE ed in particolare: 1) il Sanitario di ASL 5 operante in pronto Soccorso ovvero nel reparto di degenza durante il ricovero; 2) il Sanitario di ASL 5, sia in ambito distrettuale che ospedaliero anche di diagnostica, per il tempo necessario all'esecuzione della singola prestazione ambulatoriale, anche in regime *intra-moenia*.

Se Lei non avesse ancora manifestato né il consenso né il diniego alla costituzione del DSE e si trovasse nell'incapacità fisica o giuridica di prestare tale volontà, nel caso il trattamento dei Suoi dati sanitari fosse necessario per tutelare un Suo interesse vitale, il medico deputato alle cure e solo in occasione o durante le prestazioni potrà accedere per tale esclusivo motivo al Suo DSE. Successivamente a tale accadimento verrà raccolta *pro-futuro* la Sua volontà al consenso o al diniego di costituire il DSE.

Poiché i Medici curanti non possono accedere al DSE, nel caso Lei sia iscritto al S.S.R presso Asl 5 e il Suo Medico curante abbia aderito al servizio in oggetto, ASL 5 Le chiede anche il consenso a trasmettere **DA ORA IN POI** per via telematica al **MEDICO CURANTE** da Lei scelto i Suoi **ESAMI/REFERTI/LETTERE DI DIMISSIONE/ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**. Anche in questo caso, il consenso è richiesto una volta sola e resta valido sino a sua formale revoca. Le ricordiamo che, anche se manifesta il consenso alla trasmissione per via telematica di tale documentazione al Medico curante, ogni assistito ha, comunque, l'obbligo di ritirare il cartaceo dei referti. Il mancato ritiro del referto entro trenta giorni dall'effettuazione della prestazione può comportare l'addebito all'assistito dell'intero costo della prestazione fruita.

OSCURAMENTO DEI DATI - La particolarità del trattamento impone che, ancorché lei abbia acconsentito alla costituzione del Suo DSE, Lei possa decidere se vi siano singole specifiche prestazioni da non rendere visibili al Personale Sanitario di ASL 5 nel DSE (oscuramento dei dati). Analogamente ai dati soggetti a "maggior tutela" dell'anonimato (prestazioni relative ad atti di violenza sessuale o di pedofilia, ad infezioni da HIV o all'uso di sostanze stupefacenti, di sostanze psicotrope e di alcool, alle prestazioni erogate alle donne che si sottopongono ad interventi di interruzione volontaria della gravidanza o che decidono di partorire in anonimato e ai servizi offerti dai consultori familiari) oscurati per impostazione predefinita, i dati di cui Lei richiederà l'oscuramento puntuale resteranno visibili solo al Reparto/Sanitario di ASL 5 che li ha prodotti. Per oscurare il dato Lei potrà rivolgersi direttamente al Reparto o al Sanitario di ASL 5 che fornisce la prestazione da oscurare.



Servizio Sanitario Regione Liguria
Azienda Sociosanitaria Ligure 5
IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Letta e compresa la diana esposta INFORMATIVA al trattamento dei propri dati sanitari in ASL 5 mediante il DSE, consapevo-
le che il relativo CONSENSO è FACOLTATIVO e in caso di diniego non vi sarà alcuna conseguenza sulle prestazioni sanitarie
richieste:

IL SOTTOSCRITTO ASSISTITO:

Table with 11 columns for personal data: COGNOME, NOME, NATO A, IL, RESIDENTE IN, VIA/PIAZZA

identificato mediante documento di identità (tipologia n. rilasciato da il) in corso di validità e codice fiscale o (per gli stranieri) codice SPT/ENI

- Checkboxes for In nome proprio, In qualità di rappresentante di, In qualità di delegato di

Second table for personal data, identical structure to the first table.

identificato (ad eccezione dei minorenni) mediante documento di identità in corso di validità (tipologia n. rilasciato da il) in corso di validità e codice fiscale o (per gli stranieri) codice SPT/ENI

ovvero
identificato mediante accluso atto di delega

- 1. Esprime il CONSENSO FACOLTATIVO alla costituzione del DOSSIER...
2. Solo in caso di consenso facoltativo alla costituzione del DOSSIER, esprime ULTERIORE CONSENSO FACOLTATIVO...
3. [Da rendere anche in caso di diniego alla costituzione del DOSSIER], esprime DISGIUNTO CONSENSO FACOLTATIVO...

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
(dPR 445/2000 s.m.i. artt. 38, 47, 71 e 76 - Compilare con i dati del genitore/tutore)

Il DICHIARANTE

Table for declarant personal data: COGNOME, NOME, NATO A, IL, RESIDENTE IN, VIA/PIAZZA

identificato mediante documento di identità in corso di validità (tipologia n. rilasciato da il) in corso di validità e codice fiscale o (per gli stranieri) codice SPT/ENI

ovvero
identificato mediante documento di identità in corso di validità accluso all'atto di delega la cui fotocopia viene acquisita fronte retro agli atti.

Consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, formi atti falsi o ne faccia uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA:

di esercitare la potestà genitoriale nei confronti del minore qui rappresentato e di aver espresso i consensi ovvero i dinieghi di comune accordo con l'altro genitore (se esistente) ex art. 337-ter Codice Civile;

- di essere il tutore/curatore del soggetto qui rappresentato;
 di essere l'amministratore di sostegno del soggetto qui rappresentato.

Data ___/___/___ Firma del Dichiarante _____

L'INCARICATO ASL 5 "COGNOME NOME"

visti e trascritti gli estremi del documento di identità in corso di validità del dichiarante ed eventualmente del rappresentato,

ACQUISISCE le manifestazioni di volontà sottoscritte in sua presenza Data ___/___/___ Firma leggibile dell'incaricato ASL 5 _____

NELL'EVENTUALITA' DI DICHIARAZIONE RESA IN FORMA VERBALE:

ATTESTA che il dichiarante non sa o non può firmare Data ___/___/___ Firma leggibile dell'incaricato ASL 5 _____

NELL'EVENTUALITA' DI DICHIARAZIONE DI CONOSCENZA DELLA VOLONTA' DELL'IMPEDITO RESA DAL PARENTE:

ACQUISISCE, **in caso di impedimento temporaneo connesso allo stato di salute**, la seguente firma nell'interesse dell'impedito da parte del
 CONIUGE FIGLIO GENITORE NONNO BISNONNO NIPOTE PRONIPOTE FRATELLO ZIO
Cognome _____ Nome _____ Nato a _____ il _____ identificato mediante documento di identità (tipologia _____ n. _____ rilasciato da _____ il _____) in corso di validità, il quale, consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, formi atti falsi o ne faccia uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità dichiara di essere a conoscenza della volontà dell'impedito in tema di consenso/diniego al DSE e/o invio referti al MMG
Data ___/___/___ Firma leggibile del sostituto _____ Data ___/___/___ Firma leggibile dell'incaricato ASL 5 _____

NOTA: **In caso di Impedimento alla sottoscrizione o alla dichiarazione** si applica l'art. 4 del DPR 445/2000:

1. La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta dal pubblico ufficiale previo accertamento dell'identità del dichiarante. Il pubblico ufficiale attesta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere.
2. La dichiarazione nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo, **per ragioni connesse allo stato di salute**, è sostituita dalla dichiarazione, contenente espressa indicazione dell'esistenza di un impedimento, resa dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante.