

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DURANTE IL RICOVERO

[RGPD 2016/679 Art. 13, Provv. Garante 09/11/2005, D. Lgs. 196/2003 Art. 82, L. 219/2017 Art. 1]

Richiamate le **INFORMAZIONI GENERALI** disponibili, nella versione sempre aggiornata, sul sito web istituzionale di ASL 5 alla pagina <https://www.asl5.liguria.it/Portals/0/Privacy/InformativaGenerale.pdf> dove si possono trovare, tra gli altri, i dati di contatto dell'Azienda Socio Sanitaria Ligure 5 (ASL 5), quale Titolare del trattamento dei dati personali, e del Responsabile della protezione dei dati (R.P.D.), nonché le modalità di esercizio dei diritti in ambito *privacy* (cfr. <https://www.asl5.liguria.it/Portals/0/Privacy/ModelloEsercizioDiritti.pdf>), con la presente si forniscono le informazioni sul trattamento dei dati personali durante il ricovero (cfr. <https://www.asl5.liguria.it/Portals/0/Privacy/InformazioniRIC.pdf>).

FINALITA' DEL TRATTAMENTO I dati anagrafici, di contatto e, soprattutto, quelli di categoria particolare (**dati relativi alla salute**), contenuti nella cartella clinica, saranno trattati esclusivamente per **finalità di cura** sotto la responsabilità di professionisti sanitari soggetti al segreto professionale. Non viene raccolto il consenso del paziente (o del tutore o dei genitori in caso di paziente minorenne) per il trattamento dei dati personali in quanto necessari per erogare la prestazione di ricovero (cfr. art. 9, par. 2, lett. h), RGPD UE 2016/679).

INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE La disciplina in materia di protezione dei dati personali prevede che **le informazioni sullo stato di salute possano essere comunicate soltanto al paziente** (o al tutore o ai genitori in caso di minore età o, in caso di impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere o di volere del paziente, ai soggetti legittimati¹) dai professionisti sanitari che lo hanno in cura. **Solo previo consenso esplicito del paziente** (o del tutore o dei genitori in caso di minorenne o, in caso di impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere o di volere del paziente, dei soggetti legittimati¹) le informazioni sullo stato di salute del paziente potranno essere comunicate anche a terzi.

COMUNICAZIONE DI NOTIZIE CLINICHE A PERSONA DI FIDUCIA

Il **PAZIENTE Sig./Sig.ra** _____, lette le presenti informazioni, delega il Reparto di ricovero di ASL 5 affinché sia data comunicazione in ordine al proprio stato di salute alle seguenti persone di fiducia oppure a nessuno (barrare e compilare il caso o i casi prescelti):

A NESSUNO (FIRMARE, NON BARRARE NÈ COMPILARE I CAMPI SUCCESSIVI)

Comunicazione	NOMINATIVO	RAPPORTO (coniuge, figlio, medico ...)	RECAPITO TELEFONICO
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

Data _____ Firma leggibile Paziente _____

In caso di tutela o di minorenne o in caso di impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere o di volere del paziente, data, nominativo e firma (leggibile) di Tutore - Genitore - Soggetto legittimato¹

BRACCIALETTO IDENTIFICATIVO Il trattamento dei dati personali prevede anche l'apposizione del "braccialetto identificativo" dove sono riportati esclusivamente dati anagrafici e non di salute, peraltro, leggibili solo a distanza ravvicinata (cfr. <https://www.asl5.liguria.it/Portals/0/Privacy/InformazioniBID.pdf>). Il paziente (o il tutore o i genitori in caso di minorenne o, in caso di impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere o di volere del paziente, i soggetti legittimati¹) è libero di rifiutare l'apposizione del braccialetto con la consapevolezza, però, che ciò lo espone a un rischio aumentato di errori di identificazione.

¹ **SOGGETTI LEGITTIMATI** ex art. 82, co. 2, lett. a) D. Lgs. 196/2003: *chi esercita legalmente la rappresentanza, ovvero un prossimo congiunto, un familiare, un convivente o unito civilmente ovvero un fiduciario ai sensi dell'articolo 4 della legge 22 dicembre 2017, n. 219 o, in loro assenza, il responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato.*

DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO (DSE) Durante il ricovero i professionisti sanitari che hanno in cura il paziente potranno accedere al DSE contenente la storia clinica del paziente raccolta in ASL 5, il quale permette di avere una migliore conoscenza complessiva dello stato di salute, facilitando così un approccio di cura mirato (cfr. <https://www.asl5.liguria.it/Portals/0/Privacy/InformativaConsensoDSE.pdf>). In particolare, se il paziente non avesse ancora manifestato la volontà alla costituzione del DSE e si trovasse nell'incapacità fisica o giuridica di prestare tale volontà, nel caso il trattamento fosse necessario per tutelare un interesse vitale, il medico deputato alle cure e solo in occasione o durante le prestazioni di ricovero potrà accedere per tale esclusivo motivo al DSE del paziente. Successivamente a tale accadimento verrà raccolta pro-futuro la volontà del paziente (o del tutore o dei genitori in caso di minorenni) di costituire il DSE.

DIMISSIONI A seguito della dimissione del paziente, il Reparto consegnerà al paziente (o al tutore o ai genitori in caso di minorenni o, in caso di impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere o di volere del paziente, ai soggetti legittimati¹) o a un suo delegato la "lettera di dimissione", eventualmente accompagnata dalla "scheda infermieristica" e/o da altri documenti sanitari necessari alla prosecuzione delle cure. Solo nel caso di trasferimento, sia esternamente presso un altro Presidio ospedaliero sia internamente a seguito di cambio di regime di ricovero nell'ambito del Presidio ospedaliero di ASL 5, il Reparto dimettente consegnerà la lettera di dimissione non solo al paziente (o al tutore o ai genitori in caso di minorenni o, in caso di incapacità di intendere o di volere del paziente, ai i soggetti legittimati¹) o a un suo delegato ma anche al nuovo Reparto che lo accoglierà per la prosecuzione delle cure.

Copia della cartella clinica potrà essere richiesta dal paziente (o dal tutore o dai genitori in caso di minorenni) o da un suo delegato secondo le vigenti modalità aziendali (cfr. <https://www.asl5.liguria.it/PerilCittadino/RitirorefertiCartellecliniche.aspx>).

IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO
AZIENDA SOCIOSANITARIA LIGURE 5

* * *

Il sottoscritto Dott. _____ dichiara che Il paziente Sig./Sig.ra _____ al momento di accesso al Reparto di ricovero avvenuto il giorno _____ alle ore _____ non è nelle condizioni psico-fisiche per sottoscrivere il consenso alla comunicazione di notizie cliniche a persone di fiducia.

Firma leggibile del medico

RISERVATO AI PAZIENTI CHE ACCEDONO DA PRE-RICOVERO CHIRURGICO

Confermo di

- di essere stato informato che, in caso di rinuncia all'effettuazione dell'intervento chirurgico presso questa struttura, sosterrò l'intero costo degli esami effettuati (Linee Guida DS – Regione Liguria prot. n. 97422/1471 del 19/08/99).
- di aver ricevuto l'opuscolo informativo sulle tecniche, i rischi e gli effetti collaterali dell'**ANESTESIA** e l'opuscolo "Informazioni indispensabili all'intervento chirurgico".

Data _____

Firma _____