



ASST LODI - INFORMATIVA SC VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Gentile Utente,

con l'Informativa che segue, quest'Azienda Le fornisce tutte le notizie necessarie ai sensi degli artt. 13 e 14 Reg. UE n. 2016/679 ed inoltre La informa che, qualora il Suo quadro clinico lo permetta, sono stati messi in atto percorsi di Telemedicina ai sensi della normativa vigente.

La **prestazione di Telemedicina** è una modalità particolarmente utile di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, che avviene tramite il ricorso a tecnologie innovative, in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località. Tecnicamente, comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini e altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti.

La **Telemedicina può svilupparsi in vari ambiti**, come ad esempio la Continuità delle cure e integrazione Ospedale-territorio, la gestione di patologie particolarmente rilevanti, nel Sistema dell'Emergenza-urgenza, etc. **Le sue finalità** sono la Prevenzione secondaria, la Diagnosi, la Cura e la Riabilitazione, il Monitoraggio; l'informativa completa è presente sul sito Aziendale www.asst-lodi.it.

La **Televisita** (atto sanitario con il quale il medico interagisce a distanza con il paziente) è la tipologia di prestazione in Telemedicina che ASST Lodi sta ad oggi utilizzando con i suoi pazienti/utenti. Sono coinvolte nel percorso le seguenti figure:

- Utente/paziente; medico, operatore sanitario; caregiver;
- questa Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lodi, che eroga la prestazione e gestisce anche gli aspetti informativi.

1. QUALI DATI RACCOGLIAMO?

Nell'ambito del servizio prestato potranno essere raccolti i seguenti dati, Suoi e delle persone di seguito individuate:

Anagrafici e di contatto; codice fiscale; dati di salute; dati in merito all'invalidità civile, possesso di esenzione ticket; condizione giudiziaria; valore economico ISEE.

Anagrafici del Medico di medicina generale e del Medico specialista;

Anagrafici e di contatto di chi esercita legalmente la potestà, di un congiunto, di un convivente o del Responsabile di struttura presso cui dimora l'utente

Eventuali immagini per attività correlate al processo di cura (il cui trattamento prevede l'anonimizzazione delle persone) per le quali verrà richiesto il consenso, ove previsto.

2. A QUALE SCOPO E SU QUALE BASE GIURIDICA UTILIZZIAMO I SUOI DATI PERSONALI?

I Suoi dati personali sono trattati senza il Suo consenso espresso, per l'esecuzione di compiti di interesse pubblico ovvero per:

Accoglienza della domanda e l'analisi dell'appropriatezza del bisogno espresso. Raccolta, da parte di un'equipe, di elementi utili per effettuare la valutazione del bisogno e formulare un programma personalizzato. Chiusura della cartella.

Previo Suo esplicito consenso, i Suoi dati potrebbero essere utilizzati per:

- consentire l'attivazione degli enti gestori accreditati sui progetti di cura individuati e la comunicazione a terzi espressamente individuati;
- consentire la consultazione al **Dossier Sanitario Elettronico** (vedi Informativa sul sito www.asst-lodi.it)
- consentire la Sua presa in carico tramite la Piattaforma per la Gestione Digitale della Sanità Territoriale - SGDT (vedi Informativa sul sito www.asst-lodi.it)
- utilizzare la modalità di prestazione in "Televisita".

Se in occasione di un Suo ricovero o prestazione ricevuta presso la nostra ASST, Lei avesse dato consenso alla costituzione del **Dossier Sanitario Elettronico (DSE)**, al fine di migliorare i processi di prevenzione, diagnosi e cura, i nostri operatori autorizzati, potrebbero avere la necessità di consultare la Sua storia clinica pregressa, per questa nuova presa in carico, accedendo al Suo Dossier Sanitario, previa autenticazione che risulterà tracciata e resa disponibile qualora Lei ne facesse richiesta. In caso di mancato consenso, che non dev'essere rinnovato ad ogni episodio di cura, il personale che l'ha o l'avrà in cura non avrà la possibilità di consultare la Sua storia clinica pregressa, compresi i dati potenzialmente utili a meglio comprendere l'evoluzione della patologia corrente e a trattarli in maniera clinicamente adeguata.

3. IN CHE MODO E PER QUANTO TEMPO POTREMO CUSTODIRE I SUOI DATI PERSONALI?

I Suoi dati personali sono sottoposti a trattamento sia cartaceo che elettronico. Il Titolare li tratterà per il tempo necessario per adempiere alle finalità di cui sopra. Salvo quanto diversamente espresso dalla normativa cogente, saranno conservati nei nostri archivi secondo i termini stabiliti dal Titolare e Massimario di scarto del Sistema Sanitario e Sociosanitario di Regione Lombardia.

4. A CHI I SUOI DATI PERSONALI POSSONO ESSERE COMUNICATI?

I Suoi dati potranno essere resi accessibili per le finalità di cui al punto 2. a:

- Soggetti esterni in qualità di "Responsabili del trattamento" (es: società informatiche, fornitori incaricati della gestione e manutenzione dell'app che consente l'erogazione del servizio, eventuali servizi di archivio dei dati, altre Strutture sanitarie che potranno intervenire nel percorso di cura)
- Soggetti terzi, che svolgono funzioni di controllo e collaborazione (es: Comuni, Ufficio di piano, ATS, Regione Lombardia) operando come autonomi Titolari del trattamento

Nell'ambito delle finalità espresse al punto 2. l'Azienda potrebbe comunicare i suoi dati a: Enti gestori accreditati; Medico di medicina Generale; Familiari; Operatori di altri Servizi. I Suoi dati non saranno diffusi. Non è previsto alcun trasferimento di dati in Paesi extra UE.

5. COME VENIAMO A CONOSCENZA DEI SUOI DATI PERSONALI?

I Suoi dati potranno essere acquisiti da Lei o da altri operatori sanitari che ne abbiano titolo o da un Suo congiunto, qualora ne ricorrano le condizioni. I Suoi dati non verranno utilizzati per attività di profilazione, né verranno prese decisioni in maniera automatica sulla base degli stessi.

6. IN CHE MODO LEI È OBBLIGATO A FORNIRE I SUOI DATI E IL CONSENSO? IN CASO DI RIFIUTO COSA ACCADE?

In generale il conferimento dei dati elencati al punto 1 è strettamente necessario. In loro assenza non potremo garantirle i Servizi del punto. 2. e ottemperare agli obblighi di legge connessi. Il consenso per il Dossier Sanitario Elettronico è facoltativo e non pregiudica i servizi accordati.



7. QUALI SONO I SUOI DIRITTI E A CHI SI PUO' RIVOLGERE?

In relazione ai dati conferiti, l'interessato ha il diritto, compatibilmente con gli obblighi di legge vigenti, di ottenere l'accesso ai propri dati, copia, rettifica, cancellazione o la limitazione del trattamento o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento), e di revocare il consenso prestato. Alla Sua richiesta di esercizio dei diritti verrà dato riscontro entro 30 giorni, con eventuale possibilità di proroga ai sensi di legge. Nel caso in cui il trattamento avvenga in violazione del citato Regolamento e delle disposizioni nazionali collegate, l'interessato ha diritto, inoltre, di proporre reclamo al Garante o di adire le opportune sedi giudiziarie.

Per maggiori informazioni o per esercitare i diritti sopra espressi, può contattare:

- **Titolare del Trattamento dei Dati personali:** Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lodi, Piazza Ospitale, 10 – 26900 Lodi, Tel. 0371-371; Indirizzo mail protocollo@pec.asst-lodi.it
- **Responsabile del trattamento:** Direttore SC Valutazione Multidimensionale, Piazza Ospitale, 10 – 26900 Lodi, Tel. 0371-372767; Indirizzo mail annunziata.borgese@asst-lodi.it
- **Responsabile della Protezione dei Dati personali:** Dott.ssa Maria Francesca Fasano, Viale Savoia, 1 – 26900 Lodi, Tel. 0371-371; mail dpo@asst-lodi.it.

MODULO CONSENSI

Acquisite tutte le informazioni fornite dal Titolare del trattamento, ASST di Lodi, io sottoscritto/a (solo se diretto interessato)

COGNOME: _____ NOME: _____

nato/a a _____ il ____/____/____ tel _____

mail: _____

ACQUISIZIONE DEL CONSENSO PER PERSONA IMPOSSIBILITATA AD ESPRIMERLO

Il/la Paziente _____ nato a _____ il ____/____/____

è una **persona impossibilitata** ad esprimere il consenso; pertanto, ai sensi dell'art. 82 del vigente Codice privacy, il consenso è espresso da

Sig. _____ in qualità di _____

Sig.ra _____ in qualità di _____

Congiunto, Rappresentante legale, Responsabile della Struttura in cui l'interessato/a dimora - se Rappresentante legale, allegare Modello di autocertificazione.

Documento di identità n. _____ rilasciato da _____ il ____/____/____

Documento di identità n. _____ rilasciato da _____ il ____/____/____

Presa visione dell'informativa, autorizzo il trattamento dei miei dati personali, inclusi quelli sopra indicati, al solo fine della raccolta del consenso prestato a nome e per conto della persona impossibilitata (se minore occorre la firma di entrambi i genitori)

Data ____/____/____ Firma di chi esprime il consenso _____

Data ____/____/____ Firma di chi esprime il consenso _____

☐ **ACCONSENTO**, alla visualizzazione del mio DSE (se già attivo)

☐ **ACCONSENTO**, se previsto, all'inserimento nel mio DSE delle informazioni relative alla presente prestazione e a quelle future

☐ **ACCONSENTO** alla presa in carico tramite la SGDT/SDG

Data ____/____/____ Firma leggibile di chi esprime il consenso _____

CONSENSO INOLTRE CHE SIA DATA COMUNICAZIONE DEI MIEI DATI A SOGGETTI TERZI

☐ Ai familiari: Sig/Sig.ra _____ tel. _____

☐ Ad operatori autorizzati del seguente Servizio _____ tel. _____

☐ Al Sig/Sig.ra _____ tel. _____

☐ All'Ente Gestore Accreditato _____ tel. _____

☐ MMG _____ tel. _____

☐ Servizi Sociali Comunali/Ufficio di piano _____ tel. _____

- per dati relativi al mio stato di salute

- per dati relativi alle mie condizioni socio-sanitarie

altro _____

Data ____/____/____ Firma leggibile di chi esprime il consenso _____

CONSENSO PER LA RACCOLTA DI IMMAGINI

☐ **ACCONSENTO** al trattamento dei dati con riferimento alle finalità descritte

☐ **NON ACCONSENTO** al trattamento dei dati con riferimento alle finalità descritte

Data ____/____/____ Firma di chi esprime il consenso _____

VOGLIO REVOCARE IL MIO CONSENSO

In data ____/____/____ si prende atto della richiesta di revoca del consenso per:

☐ DSE..... ☐ SGDT/SDG ☐ comunicazione a terzi precedentemente espresso ☐ raccolta immagini

Firma di chi revoca il consenso _____

