

INFORMATIVA sul CONSENSO
FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO REGIONALE della BASILICATA
Consenso al trattamento dei dati personali

Gentile Assistito/Assistita,

al fine di assicurare il trattamento dei suoi dati personali in modo conforme alle previsioni del **D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali”** di seguito **“Codice Privacy”** e dell’**art. 13 Regolamento UE n. 2016/679 (in seguito, “GDPR”)**, La informiamo che i suoi dati saranno trattati con le modalità e le finalità seguenti:

1-Finalità del Trattamento

Le finalità del trattamento per cui esprime il consenso sono quelle di assicurare l’espletamento dell’attività sanitaria e delle attività correlate alle prestazioni diagnostiche e cliniche, con lo scopo di semplificare i rapporti tra cittadino e il servizio sanitario regionale e contemporaneamente agevolando le attività di quanti sono coinvolti nell’attività medica e migliorando la qualità dell’assistenza e della sicurezza dell’assistito anche al fine della gestione del rischio clinico. I suoi dati, **solo in forma anonima**, potranno essere trattati a fini statistici allo scopo di programmazione sanitaria e/o per svolgere indagini epidemiologiche.

2-Modalità del Trattamento

I dati sensibili, previo suo **ESPLICITO CONSENSO**, verranno trattati al fine di assicurarLe, tramite accesso riservato, la disponibilità e l’accesso alla sua documentazione clinica.

Il trattamento sarà effettuato mediante strumenti informatici e con tecnologie strettamente correlate alle finalità sopra descritte e comunque in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza dei dati stessi; in particolare, i dati sono custoditi e controllati nel rispetto degli obblighi imposti dalla normativa **“Codice Privacy”** e **GDPR**.

3-Modalità di Accesso

Per l’accesso ai dati, consultabili attraverso il sito **www.fascicolo.basilicata.it**, è necessaria un’autenticazione informatica **di cui Lei è esclusivo titolare**, tuttavia la **consultazione potrà essere assicurata anche in favore di quanti siano da Lei appositamente autorizzati**. Nello specifico, qualora Lei acconsentisse alla consultazione della documentazione riferita al suo stato di salute in favore del Medico di Medicina Generale, delle strutture sanitarie regionali e nazionali, o di altri soggetti, tali documenti potranno essere estratti ed acquisiti per via telematica esclusivamente da queste persone tramite un dispositivo di autenticazione e autorizzazioni personale.

4-Comunicazione dei dati

I dati non saranno oggetto di diffusione salvi gli obblighi di comunicazione previsti per legge per garantire l’assistenza e dei soli dati essenziali. Inoltre, è fatta salva la comunicazione dei dati richiesti, in conformità alla legge, da forze di polizia, dall’autorità giudiziaria, da organismi di informazione e sicurezza, per finalità di difesa o di sicurezza dello Stato, o di prevenzione, accertamento o repressione dei reati.

Sui documenti firmati elettronicamente saranno apposti tutti gli estremi per risalire al firmatario dei documenti stessi.

5-Trasferimento dati

La gestione e la conservazione dei dati personali avverrà su server ubicati all’interno del Territorio Regionale del Titolare del trattamento (dei dati) per i dati trattati dal Servizio Sanitario Regionale. Si può verificare l’eventualità che i dati, per ragioni legati alla necessità di garantire la continuità del servizio, siano replicati su server di proprietà di società terze incaricate e debitamente nominate, dal Titolare del Trattamento, quali Responsabili del trattamento. Attualmente i server sono situati in Presso le Aziende del Servizio Sanitario Regionale della Basilicata. I dati non saranno oggetto di trasferimento al di fuori del Territorio Regionale. Resta in ogni caso inteso che il Titolare, ove si rendesse necessario, avrà facoltà di spostare l’ubicazione dei server in Italia. In tal caso, il Titolare assicura sin d’ora che il trasferimento dei dati sul Territorio Nazionale avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili stipulando, se necessario, accordi che garantiscano un livello di protezione adeguato e/o adottando le clausole contrattuali standard previste dalla Commissione Europea. In ogni caso non è previsto alcun trasferimento del dato fuori il territorio Nazionale.

6 Natura del Conferimento

La natura del conferimento dei propri dati sanitari al Fascicolo di cui al punto 1) **non è obbligatorio ai fini della cura dell’assistito ed è da ritenersi comunque facoltativo**. L’atto della scelta di sottoscrivere un consenso informato con il quale si autorizza alla consultazione del proprio Fascicolo Sanitario Elettronico, esplicita e oggettiva il senso e il fine del rapporto fiduciario che va nella direzione di un miglioramento del processo assistenziale. Resta garantita per il cittadino la possibilità di decidere che l’intero Fascicolo

Sanitario Elettronico o una singola informazione, riferita ad un evento sanitario (ricovero, visita specialistica) vengano resi inaccessibili a tutti.

La scelta di autorizzare la consultazione del proprio Fascicolo Sanitario Elettronico è una scelta libera, per cui l'interessato che non desideri sia consultato il suo Fascicolo Sanitario Elettronico potrà, comunque, accedere alle prestazioni del Servizio sanitario nazionale senza alcuna conseguenza negativa in merito alla possibilità di usufruire di prestazioni mediche definite dai livelli essenziali di assistenza.

Il conferimento del Suo consenso al trattamento dei dati sensibili di tipo sanitario è da ritenersi indispensabile ai fini del miglioramento del processo assistenziale. Il mancato conferimento porta all'impossibilità di compiere tutte le attività sopra descritte, mentre in caso di impossibilità fisica o di incapacità di agire dell'interessato, il consenso deve essere validamente prestato da chi esercita la potestà specifica dandone le motivazioni.

7-Minori

Il consenso per i minori di 18 anni è espresso dai genitori o comunque da chi esercita potestà genitoriale. Al compimento del 18 anni tale diritto decade automaticamente e il titolare consentirà l'accesso ai dati solo dopo che il maggiorenne ha espressamente espresso la sua volontà.

8-Diritti dell'interessato

In qualità di interessato Lei ha facoltà in ogni momento di esercitare i diritti di cui all'art. 7 Codice Privacy e art. 15 del GDPR.

In particolare, ha diritto:

- di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile;
- di ottenere la portabilità dei dati nelle forme previste dal GDPR facendo istanza al Titolare del Trattamento;
- di ottenere l'indicazione:
 - delle categorie dei dati personali trattati;
 - delle finalità e modalità del trattamento,
 - della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - degli estremi identificativi del Titolare, dei Responsabili del trattamento, degli Incaricati, e degli Addetti al trattamento e del Responsabile della Protezione designato ex dell'art. 5, comma 2 Codice Privacy e art. 3, comma 1, GDPR ;
 - dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati;
 - sull'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, e, almeno in tali casi, informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze previste di tale trattamento per l'interessato.
 - qualora i dati non siano raccolti presso l'interessato, tutte le informazioni disponibili sulla loro origine;
- di ottenere:
 - l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - l'attestazione che le operazioni di cui ai due punti precedenti sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato;
 - di proporre reclamo ad una autorità di controllo;
- di opporsi, in tutto o in parte per motivi legittimi:
 - per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - al trattamento di dati personali che La riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale;
 - il diritto all'oblio dei dati personali ovvero alla cancellazione totale di tutti i dati personali oggetto del trattamento;

9-Titolare e Responsabili del Trattamento

Il titolare del trattamento sono i Soggetti del Servizio Sanitario Nazionale che LA prendono in cura. Per la Basilicata sono l'**Azienda Sanitarie** del servizio sanitario della Regione Basilicata.

L'elenco dei responsabili e degli autorizzati è consultabile all'**indirizzo web Aziendale**:

www.aspsbasilicata.it; www.asmbasilicata.it; ww.ospedalesancarolo.it; www.crob.it.

Può esercitare i suoi diritti facendo istanza diretta o per e-mail al Responsabile Protezione Dati dell'Azienda.

DA COMPILARSI OBBLIGATORIAMENTE IN CASO CONSENSO DIRETTO

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ data di nascita _____

DICHIARO di aver acquisito e compreso l'informativa per il trattamento dei dati personale e sanitari, fornitami ai sensi del D.Lgs 196/03 "Codice Privacy" e Regolamento UE n. 2016/679 "GDPR" relativo al Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale;

AUTORIZZO a trattare i miei dati inerenti prestazioni effettuate presso tutte le strutture del servizio sanitario nazionale ai fini di tutela della mia salute o incolumità fisica rendendoli disponibili nella banca dati finalizzata alla creazione del Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale.

Data: _____ Firma(firma dell'assistito): _____

ACCONSENTO che il Medico di medicina generale/Pediatra di libera scelta acceda alla banca dati suddetta.

Data: _____ Firma(firma dell'assistito): _____

ACCONSENTO che nel mio Fascicolo Sanitario Elettronico siano consultabili tutte le informazioni riferite ad eventi sanitari (ricovero, visita specialistica) accaduti prima della data odierna.

Data: _____ Firma(firma dell'assistito): _____

DA COMPILARSI OBBLIGATORIAMENTE IN CASO DI MINORE/TUTORE

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. n. 445/2000) in qualità di genitore/tutore non soggetto a limitazioni della propria potestà genitoriale e in accordo anche con l'altro genitore e/o tutore legale:

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ data di nascita _____

DICHIARA che i consensi sopra rilasciati sono per il figlio minore o tutorato:

Nome minore/tutorato _____ Cognome minore/tutorato _____

Nato a _____ data di nascita _____

Firma del Dichiarante _____