

**Informazioni rese ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)
sul Dossier Sanitario Elettronico dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige**

Gentile Paziente,

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

Il DSE 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, anche in caso di prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria (intramoenia), 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 DSE è stato organizzato seguendo le misure previste dalle specifiche Linee guida del 4 giugno 2015 (Gazzetta Ufficiale n. 164/2015), e la sua attivazione è facoltativa e libera, pertanto, 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 DSE, 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 DSE.

Qualora invece non ritenesse utile usufruire dei possibili benefici legati all'utilizzo del DSE, 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 DSE 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 – 22 del GDPR).

Lei ha altresì il diritto di sapere quando e se ci sono stati accessi al suo DSE (limitatamente a data e ora, reparto/servizio di chi ha avuto accesso). L'Azienda Sanitaria provvederà a riscontrare entro 15 giorni dal ricevimento dell'istanza estendibili ad un massimo di 30 giorni nel caso in cui l'istanza risulti essere di particolare complessità o ricorra altro giustificato motivo. Lei ha altresì la facoltà di oscurare alcuni eventi clinici che La riguardano, ovvero di chiedere che non vengano inserite nel DSE 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 ha esercitato tale diritto (oscuramento dell'oscuramento). Tale facoltà può essere revocata in qualunque momento (deoscuramento).

Il Suo DSE 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 DSE 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 DSE 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 T.A. Edison n. 10/D, 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 DSE viene cancellato qualora venga revocata la specifica autorizzazione alla costituzione e in caso di morte dell'interessato/a.

Qualora ritenesse necessario ottenere maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali del Suo DSE, revocare il consenso precedentemente espresso, esercitare le facoltà di oscurare e di deoscurare, esercitare il diritto di visione degli accessi al Suo DSE o esercitare i Suoi diritti di accesso così come previsti dagli artt. 15 – 22 del GDPR, Lei può rivolgersi presso le direzioni mediche dei diversi presidi ospedalieri per l'esercizio dei diritti sopra richiamati:

- **Comprensorio sanitario di Bolzano**
Ospedale di Bolzano - Direzione Medica
- **Comprensorio sanitario di Merano**
Ospedale di Merano - Direzione Medica
Ospedale di Silandro - Direzione Medica
- **Comprensorio sanitario di Bressanone**
Ospedale di Bressanone - Direzione Medica
Ospedale di Vipiteno - Direzione Medica
- **Comprensorio sanitario di Brunico**
Ospedale di Brunico - Direzione Medica
Ospedale di San Candido - Direzione Medica

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 allegando alla relativa istanza un documento di riconoscimento in corso di validità.

Qualora ritenga che i Suoi dati siano trattati in modalità non conforme alla normativa vigente può proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali o ricorso dinanzi all'autorità giudiziaria, ai sensi dell'articolo 140 bis del d.lgs. 196/2003.

Per qualsiasi ulteriore informazione relativa al trattamento dei dati personali può consultare la sezione "privacy" della pagina web www.sabes.it.

**Il Titolare del trattamento dei dati
l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige**

**Grazie per aver letto
l'informativa!**



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) _____

E-mail/PEC _____ cellulare/telefono _____

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

☐ Si ☐ No

ACCONSENSO ALL'ALIMENTAZIONE DEL DOSSIER SANITARIO CON DATI PREGRESSI

☐ Si ☐ No

Allegare alla richiesta un valido documento di identità del richiedente e qualora necessario la delega con relativo documento del delegante anche laddove la richiesta venga inviata tramite e-mail/PEC a privacy@sabes.it.

Con la firma seguente dichiaro esplicitamente di aver compreso l'informativa sul DSE sopra riportata (pubblicata anche sul sito www.sabes.it) e di esprimere liberamente il mio consenso al trattamento dei dati posto in essere dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.

_____ 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 _____

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) _____

E-mail/PEC _____ cellulare/telefono _____

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) _____

Allegare alla richiesta un valido documento di identità del richiedente e qualora necessario la delega con relativo documento del delegante anche laddove la richiesta venga inviata tramite e-mail/PEC a privacy@sabes.it.

Con la firma seguente dichiaro esplicitamente di aver compreso l'informativa sul DSE sopra riportata circa il trattamento dei dati posto in essere dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (pubblicata anche sul sito www.sabes.it).

_____ 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 _____

RICHIESTA DI VISIONE ACCESSI AL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

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) _____

E-mail/PEC _____ cellulare/telefono _____

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 di sapere quando e se ci sono stati accessi al mio DSE (limitatamente a data e ora, reparto/servizio di chi ha avuto accesso), così come previsto dalle Linee guida del 4 giugno 2015:

Dal _____ al _____¹;
ultimi 24 mesi

Allegare alla richiesta un valido documento di identità del richiedente e qualora necessario la delega con relativo documento del delegante anche laddove la richiesta venga inviata tramite e-mail/PEC a privacy@sabes.it.

Con la firma seguente dichiaro esplicitamente di aver compreso l'informativa sul DSE sopra riportata circa il trattamento dei dati posto in essere dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (pubblicata anche sul sito www.sabes.it).

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 _____

¹ indicare periodo di riferimento che non può essere superiore agli ultimi 24 mesi, così come previsto dalle Linee Guida