

Fondazione  
Antonio Nuvolari

residenza  
sanitaria  
assistenziale

La vita al centro.

---

## **INFO** **PRIVACY...e oltre!**

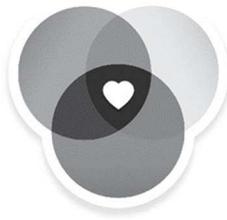
### **La Fondazione Antonio Nuvolari ed il rispetto del residente, familiare, utente**

La Fondazione Antonio Nuvolari, nel perseguimento dei propri obiettivi istituzionali, è costantemente impegnato a garantire il diritto alla riservatezza di ogni residente adeguando la propria attività alla normativa vigente in tema di protezione dei dati personali. Lo scopo è quello di fornire al personale medico gli strumenti necessari per garantire che la **relazione "medico-residente"** sia sempre improntata al rispetto della dignità della persona e della sua riservatezza.

A tale fine, la Fondazione Antonio Nuvolari:

- promuove al suo interno la sensibilizzazione di **tutti gli operatori** sulle tematiche connesse alla protezione dei dati attraverso corsi di formazione, strumenti/procedure finalizzati a supportare gli stessi nella gestione consapevole del residente sotto il profilo della riservatezza
- offre al **cittadino** la garanzia del rispetto delle normative sulla privacy, adottando una serie di strumenti finalizzati a fornirgli un'adeguata informazione sul **trattamento dei dati** effettuato dalla Fondazione al fine di permettergli di esprimere, sempre, un consenso informato, libero, esplicito, specifico ed inequivocabile come previsto dal Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Reg.UE 16/679);
- offre al **residente** la garanzia del rispetto della sua vita, salute, dignità e del diritto all'autodeterminazione, adottando una serie di strumenti finalizzati a garantire che nessun **trattamento sanitario** presso la Fondazione, potrà essere iniziato o proseguito se privo di un consenso libero e informato (Legge 2019 /17) o al di fuori dei casi consentiti dalla legge;

**Le ricordiamo, inoltre, che a norma di legge, nessuno potrà OTTENERE INFORMAZIONI sullo STATO DI SALUTE dell'interessato a meno di possedere apposita DELEGA SCRITTA che l'interessato stesso avrà concesso a persona di fiducia.**



Fondazione  
**Antonio Nuvolari**

residenza  
sanitaria  
assistenziale

*La vita al centro.*

---

La delega dovrà essere esibita da tutti coloro (compresi i familiari) per ottenere colloqui con il medico oppure per la richiesta di documentazione sanitaria o amministrativa. Diversamente le informazioni sulla salute del Residente potranno essere rilasciate solamente a persone indicate dalla legge (es: Amministratore di sostegno, Curatore, legittimi eredi del Residente dopo la sua morte).

Si invita pertanto a leggere attentamente i moduli allegati per consentire a questa amministrazione di trattare correttamente i dati dell'interessato e gestire i rapporti con i familiari nel rispetto della legge.

Qualora il modulo di CONSENSO al TRATTAMENTO DEI DATI non venisse compilato in tutte le sue parti, il consenso del Residente si riterrà limitato. In merito alla sezione "presenza del Residente" se questa non verrà compilata non verranno rilasciate informazioni sulla presenza dell'ospite ad alcuno.

Nel caso in cui non venisse compilata alcun modulo DELEGA lo scrivente ente non potrà fornire informazioni sul suo stato di salute del Residente nemmeno ai familiari. Solo in caso di eventi importanti il medico responsabile valuterà caso per caso la necessità, in termini di gravità e urgenza, di contattare i familiari non delegati per fornire loro le informazioni necessarie al fine di tutelare la salute e la dignità del Residente.

Non verranno mai, in nessun caso, fornite informazioni a mezzo telefono per l'impossibilità di accertare l'identità dell'interlocutore.

In caso di richiesta dell'Autorità Giudiziaria o delle Forze dell'Ordine i dati verranno forniti a norma di legge.

**Titolare del trattamento dei dati** è il Rappresentante Legale dell'Ente.

In Azienda è presente un Gruppo Privacy che si occupa delle varie problematiche inerenti il rispetto della riservatezza e si pone come punto di riferimento non soltanto per gli operatori interni, ma anche per gli utenti che desiderino maggiori informazioni sulle politiche adottate dall'Azienda a tutela della privacy o abbiano la necessità di chiarimenti o approfondimenti rispetto a quanto scritto in questa sezione o negli allegati richiamati.

Per eventuali ulteriori informazioni e per l'esercizio dei Suoi diritti in ordine al trattamento dei dati personali potrà rivolgersi all'Ufficio Segreteria dell'Ente ed al **Responsabile della Protezione dei Dati (RPD)**: dott.ssa Maide Amadori.

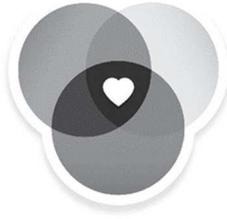
ALLEGATO - **Informativa generale sul TRATTAMENTO DEI DATI** (Reg.UE 16/679)

ALLEGATO – **Consenso generico** al trattamento dei dati sanitari (Dlgs 196/03)

ALLEGATO – **Delega** per l'esercizio dei diritti dell'interessato

ALLEGATO – **Informativa e consenso sulla costituzione DSE** (Dlgs 196/03)

ALLEGATO – La **RELAZIONE di CURA** (estratto Legge 219 del 22 dic.2017)



Fondazione  
**Antonio Nuvolari**

residenza  
sanitaria  
assistenziale

*La vita al centro.*

**ALLEGATO 7.1.1. D.P.S.D. REV.11**  
**INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI**

*(Regolamento UE 2016/679 del 27/04/2016)*

**BASE GIURIDICA e FINALITÀ del TRATTAMENTO - FONTI dei DATI – REGIME DEL CONSENSO**

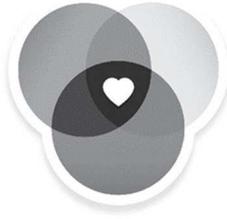
Gentile Signore/Signora, nel presente documento sono riportate le informazioni relative al trattamento dei dati personali effettuate dalla FONDAZIONE “A. NUVOLARI” DI RONCOFERRARO, in qualità di Titolare del trattamento dei dati, ai sensi del Regolamento UE 2016/679. La raccolta dei Suoi dati personali comuni (es. dati anagrafici, codice fiscale, tessera sanitaria, recapito telefonico ecc.) e particolari, ossia relativi allo stato di salute, è indispensabile per l'erogazione e la gestione delle prestazioni sanitarie richieste. Tali dati sono trattati, cioè utilizzati, nel rispetto del segreto professionale e d'ufficio e secondo i principi di correttezza, liceità, legittimità, indispensabilità, trasparenza e non eccedenza, rispetto agli scopi per i quali sono raccolti, ai sensi dell'art.9 co.2 lett.h) del Reg.UE 16/679. Il rifiuto di comunicarli potrebbe comportare gravi difficoltà nel fornirle adeguata assistenza sanitaria, fatta eccezione per le prestazioni urgenti e/o disposte per legge.

Le informazioni che La riguardano vengono raccolte direttamente presso di lei in occasione di una visita, di un esame o di ogni altra prestazione sanitaria fornita dall'ENTE IN INTESTAZIONE in regime residenziale e non ma potrebbero derivare anche da fonti terze come il Fascicolo Sanitario Elettronico del SSN; esse sono utilizzate per tutela della salute, ossia attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione; attività amministrative, gestionali e contabili, correlate alle prestazioni sanitarie fruite. Altre finalità connesse potranno essere attività di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria, eventualmente svolte, previa Sua esplicita disponibilità, anche attraverso indagini e questionari di valutazione del gradimento; attività certificatorie relative allo stato di salute; attività epidemiologica e statistica; altri adempimenti previsti da norme di legge o di regolamento.

**Ulteriori trattamenti** dei Suoi dati personali, che potrebbero presentare rischi specifici per i diritti e le libertà fondamentali, nonché per la dignità degli interessati, saranno effettuati, in conformità alle leggi e ai regolamenti, previa ulteriore nota informativa e, dove richiesto, previo rilascio di specifico consenso. Si tratta ad esempio di trattamenti: ai fini di implementazione del Dossier Sanitario Elettronico o del Fascicolo Sanitario Elettronico; ai fini di implementazione dei sistemi di sorveglianza/registri di patologia; per scopi di ricerca scientifica anche nell'ambito delle sperimentazioni cliniche; nell'ambito della teleassistenza/telemedicina, al fine di consentire la trasmissione a distanza di tracciati e immagini, anche tramite un collegamento telematico bidirezionale con altre strutture.

**A CHI SI COMUNICANO i DATI**

I dati personali e sensibili non verranno in alcun modo diffusi, ma potranno essere trasmessi/comunicati agli enti competenti, di seguito indicati, per finalità amministrative e



Fondazione  
Antonio Nuvolari

residenza  
sanitaria  
assistenziale

La vita al centro.

istituzionali e per le sole finalità sopra esposte e nei limiti consentiti dalla normativa: soggetti pubblici (altre Aziende Sanitarie, Regione, Comuni, INAIL, INPS, MMG/PLS, ecc.) e/o privati (Strutture sanitarie private, come laboratori di analisi) coinvolti nel percorso diagnostico terapeutico assistenziale; compagnia assicurativa dell'ENTE IN INTESTAZIONE al fine di tutelare gli operatori e l'ENTE stessa nelle ipotesi di responsabilità; Enti Previdenziali per gli scopi connessi alla tutela della persona assistita; Autorità Giudiziaria e/o Autorità di Pubblica Sicurezza, nei casi espressamente previsti dalla legge; soggetti terzi che effettuino operazioni di trattamento dati personali per conto dell'ENTE, appositamente qualificati "responsabili del trattamento" e tenuti al rispetto degli adempimenti in materia di protezione dati, in virtù di apposito atto stipulato con l'ENTE; I Suoi dati non verranno trasferiti ad un paese terzo o ad una organizzazione internazionale diversi dai paesi o dalle organizzazioni soggetti alle norme di diritto UE.

### **TEMPI di CONSERVAZIONE dei DATI**

I Suoi dati saranno conservati per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per i quali sono stati trattati, fatto salvo il maggior tempo necessario per adempiere ad obblighi di legge in ragione della natura del dato o del documento o per motivi di interesse pubblico o per l'esercizio di pubblici poteri. A riguardo, si richiama il documento di riferimento interno denominato "Protocollo di gestione della documentazione Sanitaria".

### **DIRITTI DELL' INTERESSATO e RECLAMO**

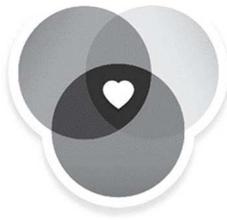
La normativa vigente Le conferisce il diritto di esercizio di specifici diritti. In qualità di interessato, previa **richiesta scritta**, rivolta al Titolare e/o al Responsabile del trattamento Lei potrà: conoscere l'origine dei dati personali, le finalità e le modalità di trattamento, gli estremi identificativi dei soggetti che li trattano, nonché la logica applicata al trattamento effettuato con strumenti elettronici; ottenere l'aggiornamento, la rettifica ovvero l'integrazione dei dati che La riguardano, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati, o l'oscuramento se contenuti in documenti suscettibili di tali modificazioni; richiedere la trasmissione dei propri dati personali ad un'altra struttura sanitaria in formato leggibile con le più comuni applicazioni informatiche (c.d. portabilità dei dati); opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati che La riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; richiedere l'accesso ai dati personali;

*Le ricordiamo che in caso di violazione dei suoi dati personali potrà proporre un reclamo all'autorità italiana competente: "Garante per la protezione dei dati personali" ed anche ad una autorità di controllo europea nei casi consentiti ai sensi dell'art.77.*

### **DATI UTILI per un CONTATTO**

Titolare: FONDAZIONE "A. NUVOLARI"

Responsabile della protezione dei dati personali (RPD) – Dott.ssa Maide Amadori contattabile scrivendo alla mail [info@fondazionenuvolari.it](mailto:info@fondazionenuvolari.it)



Fondazione  
**Antonio Nuvolari**

residenza  
sanitaria  
assistenziale

*La vita al centro.*

---

DELEGA PER L'ESERCIZIO DEI DIRITTI dell'INTERESSATO PAZIENTE  
(Reg.UE 16/679 e D.LGS 196/03)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

---

DELEGA

Il/La Sig./Sig. \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

A

FORMULARE RICHIESTE, RICEVERE INFORMAZIONI  
ed al RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE  
RELATIVA ALLA MIA PERSONA ed in particolare AL MIO STATO DI SALUTE  
nei confronti del TITOLARE FONDAZIONE "A. NUVOLARI" di Roncoferraro

---

Delegato

Si richiede al delegato di consegnare la propria firma

(firma del delegato) \_\_\_\_\_

Si ricorda che la presente delega dovrà sempre essere accompagnata da documenti idonei alla verifica dell'identità del delegato e del delegante.

---

Delegante

In fede

Firma del delegante OSPITE \_\_\_\_\_

---

Testimone

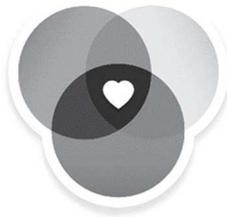
Se per impedimento fisico o per incapacità alla scrittura, l'interessato non fosse in grado di apporre la propria firma, essa verrà sostituita con una "X": si prevede che sia un MEDICO in qualità di testimone a procedere alla verifica della volontà dell'Ospite a tutela della sua dignità (ai sensi degli art. 9, 82-comma 2, lett.a), art. 84) del Dlgs 196/2003, procedendo alla sottoscrizione della presente delega con firma.

In fede

DATA \_\_\_\_\_

Nome e cognome MEDICO incaricato \_\_\_\_\_

Firma MEDICO incaricato \_\_\_\_\_



**ALLEGATO 7.2.1. D.P.S.D. REV.12**

**CONSENSO AL TRATTAMENTO MEDICO PER TEST HIV, HBV, HCV, VDRL**

La informiamo, ai sensi della Legge 22 dicembre 2017, n. 2019 Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento (GU n.12 del 16-1-2018) - Vigente dal 31-1-2018

al fine esclusivo di tutelare la sua persona e di consentire agli operatori sanitari di adottare le necessarie procedure per la tutela della propria e dell'altrui salute, come previsto dal protocollo sanitario aziendale e dalla normativa sanitaria vigente,

*questo ente necessita di sottoporre i propri ospiti ai seguenti esami:*

- Ricerca dei marcatori di possibile infezione da HIV (virus responsabile dell'AIDS)
- Ricerca dei marcatori di possibile infezione da HBV (virus responsabile dell'epatite B)
- Ricerca dei marcatori di possibile infezione da HCV (virus responsabile dell'epatite C)
- Test VDRL (test sierologico per la diagnosi della sifilide)

La informiamo, inoltre che:

- i dati relativi al test HIV sono trattati nel rispetto della Legge 135/90 (Disposizioni sulla lotta all'AIDS): essi saranno tutelati dal più stretto riserbo e conservati separatamente;
- tutti i dati relativi alla sua persona sono coperti da segreto professionale, e sono trattati ai fini di diagnosi e cura ai sensi del Reg.UE 16/679 - Informativa privacy estesa a disposizione presso il sito istituzionale ed il personale incaricato;

Si chiede quindi che il/ la, sig./sig.ra \_\_\_\_\_, accolto/a presso l'ENTE quale ospite, esprima il proprio consenso nella seguente forma

**PER CONSENSO Il sottoscritto** \_\_\_\_\_

in qualità di: (Figlio, Genitore, Coniuge, Convivente, Tutore, Curatore, etc)

**viene edotto dal medico competente e riconosce** che le condizioni psicofisiche dell'interessato non consentono di fornire una informativa diretta e pertanto; e quindi in nome e per conto dell'interessato fruitore del servizio, ai sensi dell'art.1 comma 3 della Legge 219 /18

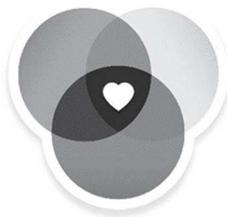
**dichiara di aver appreso consapevolmente** quanto descritto nell'informativa sopra riportata e

O - ACCONSENTE	all'esecuzione dei test diagnostici sopra elencati
O - NON ACCONSENTE	

O - ACCONSENTE	alla raccolta da altre fonti dei dati ed informazioni già esistenti e pertinenti con le possibili infezioni di cui sopra
O - NON ACCONSENTE	

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_

(SUL RETRO APPENDICE NORMATIVA)



---

LEGGE n. 219

22 dicembre 2017,

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.  
(GU n.12 del 16-1-2018 - Vigente dal 31-1-2018)

Art. 1

Consenso informato

1. La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge.

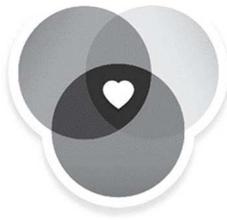
2. È promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico. Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'equipe sanitaria. In tale relazione sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo.

3. Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi. Può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

4. Il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare. Il consenso informato, in qualunque forma espresso, è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

5. Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento. Ai fini della presente legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici. Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica. Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

(ESTRATTO)



---

**ALLEGATO 7.2.8. D.P.S.D. REV.11**

**CONSENSO INFORMATO PER L'ESERCIZIO DEL CULTO**

La informiamo, ai sensi dell'art. 13 del **Codice in materia di protezione dei dati personali, (Reg.UE 16/679)** che,

al fine esclusivo di assistere la sua persona e di consentire agli operatori di adottare le necessarie procedure per consentirle di esercitare il suo culto presso le nostre strutture, le chiediamo di comunicarci a quale confessione religione lei appartenga tra le seguenti:

- Cattolica;
- Ortodossa
- Musulmana
- Ebraica
- Altro:.....

La informiamo, inoltre che:

- L'informazione in oggetto non entrerà a far parte del suo fascicolo sanitario: i dati saranno tutelati dal più stretto riserbo e conservati separatamente dagli altri e limitatamente al tempo durante il quale lei dimorerà presso questa struttura;

Si chiede quindi che il/ la, sig./sig.ra \_\_\_\_\_, accolto/a presso l'ENTE quale ospite, esprima il proprio consenso nella seguente forma

PER CONSENSO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

in qualità di: (Figlio, Genitore, Coniuge, Convivente, Tutore, Curatore, etc)

**viene edotto dal medico competente e riconosce** che le condizioni psicofisiche dell'interessato non consentono di fornire una informativa diretta e pertanto;

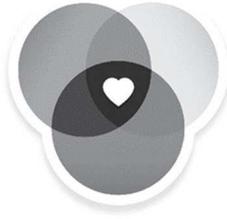
**dichiara di aver appreso** consapevolmente quanto descritto nell'informativa sopra riportata e

ACCONSENTE / NON ACCONSENTE

(cancellare la parte che NON interessa)

Al trattamento del dato in oggetto

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_



Fondazione  
Antonio Nuvolari

residenza  
sanitaria  
assistenziale

La vita al centro.

**ALLEGATO 7.1.11. D.P.S.D. REV.12**

***Informativa e consenso  
al trattamento dei dati sanitari tramite  
Dossier Sanitario Elettronico***

***(D.lgs 196/2003 – Codice Privacy  
Linee guida in materia di Dossier sanitario - 4 giugno 2015  
Gazzetta Ufficiale n. 164 del 17 luglio 2015)***

***Relativamente ai servizi resi a:***

***sig./ra***

informiamo che l'Ente si serve di strumenti elettronici di elaborazione dei dati ed in particolare del Dossier Sanitario Elettronico.

**L'INFORMATIVA**

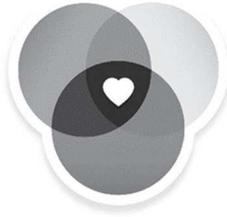
Il Dossier Sanitario è una raccolta contenente diverse informazioni inerenti lo stato di salute di un individuo relative ad eventi clinici presenti e passati (es.: referti, documentazione relativa a ricoveri, accessi al pronto soccorso), volto a documentarne la storia clinica dell'assistito. La raccolta avviene con **strumenti informatici** tali da consentire che i **dati personali siano collegati tra loro**: ciò rende possibile un'agevole consultazione unitaria da parte dei **diversi professionisti** che prendono **nel tempo** in cura l'interessato.

In assenza del dossier sanitario, infatti, il professionista avrebbe accesso alle sole informazioni fornite dal paziente e a quelle elaborate in relazione all'evento clinico per il quale il paziente si è recato presso di lui; attraverso l'uso del dossier sanitario, invece, il professionista pone in essere un ulteriore trattamento di dati sanitari mediante la consultazione delle informazioni elaborate nell'ambito dell'intera struttura sanitaria e non solo del suo reparto – da professionisti diversi - in occasione di altri eventi clinici occorsi in passato all'interessato anche riferiti a patologie differenti rispetto a quella in relazione alla quale l'interessato si è rivolto al professionista che effettua l'accesso al dossier.

Si evidenzia che la costituzione di un dossier sanitario il più possibile completo che documenti la storia sanitaria dell'interessato ha lo scopo di **migliorare il suo processo di cura** (cfr. art. 76, comma 1, lett. a) del Codice).

In particolare la informiamo che:

- in relazione alle finalità perseguite con la costituzione del dossier sanitario, l'accesso a tale strumento è consentito solamente per fini di prevenzione, diagnosi e cura dell'interessato e unicamente da parte di soggetti operanti in ambito sanitario, con conseguente esclusione di periti, compagnie di assicurazione, datori di lavoro, associazioni o organizzazioni scientifiche, organismi amministrativi anche operanti in ambito sanitario, nonché del personale medico che agisca nell'esercizio di attività medico-legali;
- il dossier sanitario può essere consultato soltanto da quegli esercenti la professione sanitaria che a vario titolo prenderanno in **cura l'interessato**, secondo modalità tecniche di autenticazione che consentano di autorizzare l'accesso al dossier sanitario da parte del medico che ha in cura l'interessato;
- il personale amministrativo operante all'interno della struttura sanitaria in cui viene utilizzato il dossier sanitario può, in qualità di incaricato del trattamento, consultare solo le informazioni necessarie per assolvere alle funzioni amministrative cui è preposto e strettamente correlate all'erogazione della prestazione sanitaria



Fondazione  
Antonio Nuvolari

residenza  
sanitaria  
assistenziale

La vita al centro.

(ad es., il personale addetto alla prenotazione di esami diagnostici o visite specialistiche può consultare unicamente i soli dati indispensabili per la prenotazione stessa);

- l'accesso al dossier sanitario è sempre consentito al soggetto che ha redatto il documento con riferimento al documento medesimo;

- l'accesso al dossier sanitario è circoscritto al periodo di tempo indispensabile per espletare le operazioni di cura per le quali è abilitato il soggetto che accede. Ciò, comporta che i soggetti abilitati all'accesso possono consultare esclusivamente i dossier sanitari **riferiti alla persona che assistono** e per il periodo di tempo in cui si articola il percorso di cura per il quale l'interessato si è rivolto ad essi.

Il dossier sanitario potrebbe essere consultato, anche senza il suo consenso, ma nel rispetto delle Linee guida in materia di Dossier sanitario - 4 giugno 2015 (Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 164 del 17 luglio 2015).

Il TITOLARE anche in relazione al profilo della sicurezza delle banche dati del Dossier Sanitario Elettronico è FONDAZIONE NUVOLARI nella persona del Legale Rappresentante e presidente pro tempore.

La creazione del DSE e la consultazione delle informazioni in esso indicizzate o contenute sono operazioni che possono avvenire solo attraverso un triplice consenso: dettagliato, specifico ed esplicito dell'interessato.

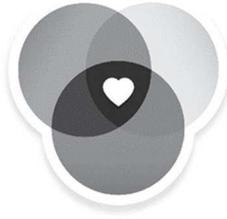
*L'eventuale mancato consenso totale o parziale alla costituzione del dossier sanitario non incide sulla possibilità di accedere alle cure mediche richieste. Ma si evidenzia che l'informatizzazione del processo di raccolta ed archiviazione dei dati assicura una maggiore efficienza nella gestione dei tempi di analisi e confronto dei dati in successione storica con conseguente miglioramento delle performance di erogazione del servizio che rimarrà sempre e comunque erogato sotto la responsabilità ed autorizzazione specifica del medico responsabile escludendo, sotto ogni forma, processi decisionali frutto di profilazioni informatizzate.*

## ESERCIZIO DEI DIRITTI

All'interessato sono riservati i diritti di cui all'art.7 del Codice Privacy ed in particolare:

- ✓ **richiedere di conoscere gli accessi eseguiti sul proprio dossier** con l'indicazione della struttura/reparto che ha effettuato l'accesso, nonché della data e dell'ora dello stesso;
- ✓ **oscurare alcuni eventi clinici presenti in tale strumento**; il titolare del trattamento garantisce la possibilità per l'interessato di non far confluire in esso alcune informazioni sanitarie relative a singoli eventi clinici (ad es., con riferimento all'esito di una specifica visita specialistica o alla prescrizione di un farmaco) se richiesto. L'oscuramento dell'evento clinico (revocabile nel tempo) avviene con modalità tali da garantire che, almeno in prima battuta, tutti i soggetti abilitati all'accesso non possano venire automaticamente a conoscenza del fatto che l'interessato ha effettuato tale scelta ("oscuramento dell'oscuramento");
- ✓ **revocare il consenso**; in caso di revoca (liberamente manifestabile in qualsiasi momento) del consenso, il dossier sanitario non sarà ulteriormente implementato. I documenti sanitari presenti rimarranno disponibili solo al professionista o alla struttura interna al titolare che li ha redatti e per eventuali conservazioni per obbligo di legge (art. 22, comma 5, del Codice), ma non saranno più condivisi da parte di altri professionisti degli altri reparti o altre strutture che prenderanno in cura l'interessato.

## CONTATTI E RICHIESTE



Fondazione  
**Antonio Nuvolari**

residenza  
sanitaria  
assistenziale

*La vita al centro.*

Le modalità attraverso le quali l'interessato può rivolgersi al Titolare per esercitare **i diritti a lui riservati dalla legge** sono l'invio di comunicazione scritta a mezzo mail ad [info@fondazionenuvolari.it](mailto:info@fondazionenuvolari.it).

A questo proposito la informiamo che il Responsabile della Protezione Dati Dott.ssa Maide Amadori è contattabile presso la Fondazione "A. Nuvolari" inviando comunicazione scritta alla mail [info@fondazionenuvolari.it](mailto:info@fondazionenuvolari.it).

Ad ogni richiesta, il titolare del trattamento o un suo delegato devono fornire riscontro entro 15 giorni dal suo ricevimento. Se le operazioni necessarie per un integrale riscontro alla richiesta sono di particolare complessità, ovvero ricorre altro giustificato motivo, il titolare o un suo delegato ne danno comunicazione all'interessato.

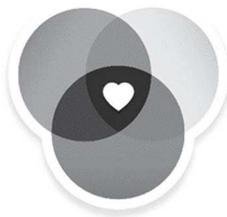
In tal caso, il termine per l'integrale riscontro è di 30 giorni dal ricevimento della richiesta medesima.

*Le ricordiamo che in caso di violazione dei suoi diritti potrà proporre un reclamo all'autorità italiana competente: "Garante per la protezione dei dati personali" ed anche ad una autorità di controllo europea nei casi consentiti ai sensi dell'art.77.*

#### **TEMPI di CONSERVAZIONE dei DATI presenti nel DOSSIER**

I Suoi dati saranno conservati per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per i quali sono stati trattati, fatto salvo il maggior tempo necessario per adempiere ad obblighi di legge in ragione della natura del dato o del documento o per motivi di interesse pubblico o per l'esercizio di pubblici poteri. A riguardo, si richiama il documento di riferimento aziendale denominato "Protocollo di gestione della documentazione sanitaria".

L'Azienda potrà utilizzare i Suoi dati personali in occasione di un Suo eventuale successivo accesso (ricovero, prestazione ambulatoriale, ecc.) al fine di garantirLe e assicurarLe le cure e l'assistenza più appropriata.



---

## I CONSENSI.

Il trattamento dei dati personali effettuato mediante il **Dossier Sanitario Elettronico**, perseguendo le finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, deve uniformarsi alle modalità particolari che il Dlgs 196/03 (artt.77 e 78 e ss. del Codice) detta per l'Italia..

Pertanto le chiediamo di esprimere la sua volontà nella seguente forma: per ogni paragrafo apponga la firma se acconsente.

### CONSENSO 1:

- 1) *Il trattamento dei dati sanitari effettuato tramite il dossier costituisce un trattamento ulteriore e -come tale- facoltativo rispetto a quello effettuato dal professionista sanitario con le informazioni acquisite in occasione della cura del singolo evento clinico per il quale l'interessato si rivolge ad esso.*

**Acconsento a far costituire un dossier sanitario con le informazioni cliniche che mi riguardano.**

**Data.....In fede.....**

### CONSENSO 2:

- 2) *L'inserimento delle informazioni relative ad eventi sanitari pregressi all'istituzione del dossier sanitario deve, inoltre, fondarsi sul consenso specifico ed informato dell'interessato, potendo quest'ultimo anche scegliere che le informazioni sanitarie pregresse che lo riguardano non siano inserite in tale dossier. In ogni caso, si sottolinea che non vi è garanzia della completezza delle informazioni cliniche pregresse, considerato che occorre avere riguardo al formato dei dati e alla loro disponibilità.*

**Acconsento a far costituire un dossier sanitario con le informazioni cliniche relative ad eventi sanitari pregressi che mi riguardano;**

**Data.....In fede.....**

### CONSENSO 3:

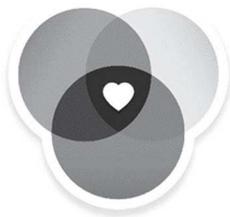
- 3) *Informazioni relative a prestazioni sanitarie offerte a soggetti nei cui confronti l'ordinamento vigente ha posto specifiche disposizioni a tutela della loro riservatezza e dignità personale:*
- Vittime di atti di violenza sessuale o di pedofilia;*
  - Persone sieropositive o che fanno uso di sostanze stupefacenti, di sostanze psicotrope e di alcool;*
  - Persone che hanno scelto interventi di interruzione volontaria della gravidanza, parto in anonimato, servizi offerti dai consultori familiari;*

**Acconsento a far costituire un dossier sanitario con le informazioni cliniche relative agli eventi sanitari particolarmente sensibili, come sopra indicati anche pregressi che mi riguardano;**

**Data.....In fede.....**

### CONSENSO 4:

- 4) *L'inserimento di fotografie di riconoscimento dell'interessato nel Dossier Sanitario a lui riferito deve, fondarsi sul consenso specifico ed informato dell'interessato, potendo quest'ultimo anche scegliere che foto nelle quali egli è riconoscibile non siano inserite in tale dossier.*



Fondazione  
**Antonio Nuvolari**

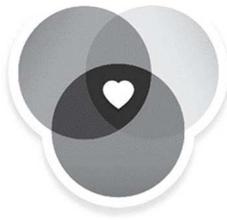
residenza  
sanitaria  
assistenziale

*La vita al centro.*

---

**Acconsento a far costituire un dossier sanitario con fotografie in cui la mia persona sia riconoscibile;**

**Data.....In fede.....**



Fondazione  
**Antonio Nuvolari**

residenza  
sanitaria  
assistenziale

*La vita al centro.*

---

## LA SOTTOSCRIZIONE

Ai sensi dell'art. 82 del D.Lgs.196/03, che prevede che l'interessato o colui che lo rappresenta debba esprimere per iscritto il proprio consenso per il trattamento dei dati relativi alla salute, la preghiamo di esprimere la sua volontà nella formula qui di seguito scritta.

**Il sottoscritto** \_\_\_\_\_

in qualità di:

- Figlio
- Genitore
- Coniuge

- Tutore
- Curatore
- Altro \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

i cui recapiti telefonici sono \_\_\_\_\_

viene edotto dal medico competente e riconosce che le condizioni psicofisiche dell'interessato non consentono di fornirgli una informativa diretta e pertanto valutata la condizione di fatto, in nome dell'interessato e per la tutela della sua dignità,

**dichiara di** aver appreso consapevolmente quanto descritto nell'informativa sopra riportata e in merito al trattamento dei dati attraverso il Dossier Sanitario Elettronico della persona interessata al ricovero, sottoscrive la propria volontà come sopra dettagliata, qui ed ora,

**Data** \_\_\_\_\_ **In fede** \_\_\_\_\_