

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](http://www.asst-lodi.it).

La Televisita (atto sanitario con il quale il medico o un operatore sanitario 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. Nel Servizio Dipendenze, in ambito di televisita vengono svolti anche colloqui, counselling e consulenze e sono coinvolte nel percorso le seguenti figure:

- Utente/paziente; Medico, Psicologo, Infermiere, Educatore Professionale, Assistenze Sociale e caregiver;
- questa Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lodi, che eroga la prestazione e gestisce anche gli aspetti informativi.

### 1. QUALI DATI RACCOGLIAMO SUL SUO CONTO?

Nell'ambito delle attività svolta il personale potrebbe acquisire le seguenti informazioni dei propri utenti:

- nome, cognome, indirizzo, telefono, data e luogo di nascita, codice fiscale;
- dati clinici/sanitari;
- stato famiglia;
- dati relativi ad abusi o problematiche di dipendenze;
- immagini e videoriprese
- dati in merito all'invalidità civile o possesso di esenzione ticket;
- dati relativi a condanne penali;
- nome, cognome, numero di carta d'identità del tutore legale o esercente la patria potestà se l'utente è minorenne;
- nome, cognome, data e luogo di nascita, numero di documento del delegato o amministratore di sostegno o del familiare che esegue la segnalazione.

### 2. A QUALE SCOPO UTILIZZIAMO I SUOI DATI PERSONALI?

I Suoi dati personali sono trattati per compiti istituzionali di interesse pubblico finalizzato ad offrire i seguenti servizi, quali:

- Valutare la pertinenza della domanda/bisogno espresso effettuata da utenti che hanno probabili dipendenze, la domanda può pervenire anche da famigliari dell'utente;
- Avvio del percorso di valutazione multidimensionale/multiprofessionale dello stato di dipendenza da parte di un'equipe;
- Inizio del trattamento attraverso l'elaborazione di un PI/PAI;
- Verifica periodica dell'andamento del percorso di cura del paziente che può essere concluso per dimissione oppure chiusura della cartella clinica per abbandono, interruzione, trasferimento del paziente.

Previo Suo distinto consenso, il SERD può segnalare i Suoi dati personali ad altre comunità di recupero, Medico di medicina generale o caregiver e rappresentanti legali da Lei indicati per favorire la continuità e approccio integrato al percorso di cura avviato.

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

Il trattamento dei Suoi dati personali è realizzato con trattamento sia cartaceo che elettronico. Salvo quanto diversamente espresso dalla normativa cogente, in generale i dati personali saranno conservati nei nostri archivi secondo i termini stabiliti dal Titolari e Massimario di scarto del Sistema Sanitario e Sociosanitario di Regione Lombardia vigente.

### 4. CHI POTREBBE ACQUISIRE INFORMAZIONI SUL SUO CONTO E A CHI POSSONO ESSERE COMUNICATI?

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

- a dipendenti e collaboratori del Titolare, nella loro qualità di incaricati e/o responsabili interni del trattamento e/o amministratori di sistema;
- a società terze quali: società informatiche per manutenzione dei software, nella loro qualità di responsabili esterni del trattamento.

Nell'ambito delle finalità espresse al punto 2 l'azienda potrebbe comunicare i suoi dati a:

- Tribunale ordinario;
- Tribunale dei minori;



- Prefettura;
- Regione Lombardia;
- Ministero della salute.

Previo e distinto consenso possono essere comunicati a:

- Operatori di comunità di recupero;
- Medico di medicina generale;
- Caregiver;
- Amministratori di sostegno e comunque rappresentanti legali dell'interessato.

Detti soggetti tratteranno i dati, quando previsto, nella loro qualità di autonomi titolari del trattamento. I Suoi dati non saranno diffusi.

#### 5. DA CHI POTREMMO RICEVERE I SUOI DATI?

In generale i dati dell'utente saranno acquisiti sempre presso lo stesso o figura da questo delegata, tutori legali e figure esercenti la potestà genitoriale.

#### 6. POSSONO ESSERE TRASFERITI I SUOI DATI PERSONALI IN PAESI EXTRA UE?

No, non è previsto alcun trasferimento di dati verso paesi Extra UE.

#### 7. IN CHE MODO E' 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 per l'esecuzione della prestazione. In loro assenza, non potremo garantirle i Servizi del punto. 2. e ottemperare agli obblighi di legge connessi. Il consenso al trasferimento dei dati verso comunità di recupero è facoltativo. Pertanto il mancato consenso non pregiudica l'assistenza pubblica garantita.

#### 8. 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. L'esercizio dei diritti civili fondamentali dei soggetti coinvolti in eventuali emergenze epidemiologiche, compreso il diritto alla protezione dei dati personali, come previsto dall'art. 23 del Regolamento UE 2016/679, può subire limitazioni in virtù dell'interesse pubblico generale alla tutela della salute pubblica. Alla Sua richiesta di esercizio dei diritti verrà dato riscontro entro 30 giorni, con eventuale possibilità di proroga di altri 30 giorni 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](mailto:protocollo@pec.asst-lodi.it)
- **Responsabile Privacy di Unità:** Direttore SC Servizio dipendenze, Piazza Ospitale, 10 – 26900 Lodi, Tel. 0371-374537; Indirizzo mail [concettina.varango@asst-lodi.it](mailto:concettina.varango@asst-lodi.it)
- **DPO/Responsabile della Protezione dei Dati personali:** Dott. ssa Maria Francesca Fasano, Viale Savoia 1 – 26900 Lodi, Tel. 0371- 371; mail [dpo@asst-lodi.it](mailto:dpo@asst-lodi.it)

lo sottoscritto/a.....  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ dichiaro di aver letto l'informativa e di averne recepito i contenuti.  
Firma per presa visione.....data.....

Comunico altresì, qualora minorenne, che i dati di contatto dei miei genitori/ del mio tutore legale sono:

Sig./ Sig.ra ..... Sig./Sig.ra.....  
tel..... tel.....

#### CONFERMO INOLTRE LA MIA DISPONIBILITA' AFFINCHÉ LA PRESTAZIONE AVVENGA IN MODALITA' "TELEMEDICINA"

lo sottoscritto/a....., dichiaro di essere stato/a adeguatamente informato/a in ordine ai Servizi di Telemedicina prestati da ASST Lodi e di aderire a tale modalità di erogazione della prestazione. Confermo la mia disponibilità all'interazione con lo specialista e all'accesso al sistema di comunicazione remota, secondo le specifiche tecniche e le normative vigenti in materia di privacy e di sicurezza.

L'indirizzo di posta elettronica sul quale far pervenire il link per la seduta di Televisita è il seguente:.....

Data..... Firma .....

