

**Gentile Paziente,**

per gestire adeguatamente la complessità delle Sue esigenze cliniche, anche – ma non solo – in tempo di emergenza, e qualora il Suo quadro clinico lo permetta, quest'Azienda Sociosanitaria Territoriale ha messo in atto percorsi di Telemedicina ai sensi della normativa vigente.

Le forniamo le seguenti **informazioni** su questa modalità di erogazione della prestazione e sul trattamento dei Suoi dati.

La prestazione di Telemedicina è una modalità molto 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 finalità delle Telemedicina sono la Prevenzione secondaria, la Diagnosi, la Cura e la Riabilitazione, il Monitoraggio.

I servizi di Telemedicina presenti in ambito ospedaliero possono essere ricondotti alla **Telemedicina specialistica**, ossia:

- **Televisita** (atto sanitario con il quale il medico interagisce a distanza con il paziente)
- **Teleconsulto** (consulenza a distanza tra medici)
- **Telecooperazione sanitaria** (assistenza fornita da un medico o altro operatore sanitario ad altro medico o operatore sanitario impegnato in un atto sanitario, come ad es: il soccorso d'urgenza).

La Televisita è la tipologia di prestazione che questa Azienda sta ad oggi utilizzando con i suoi pazienti/utenti. Sono coinvolte nel percorso le seguenti figure:

- Utente/paziente; medico, operatore sanitario; caregiver;
- Centro erogatore dell'atto sanitario, che può anche coincidere con il Centro servizi (struttura che ha la funzione di gestione e manutenzione degli aspetti informativi).

**Attenzione:**

- Il quadro clinico generale del Paziente potrebbe presentare delle evoluzioni che possono comportare una situazione di potenziale rischio impossibile da gestire tramite questa modalità di lavoro. In questo caso, si tornerà alla modalità tradizionale di erogazione della prestazione.
- Qualora la prestazione sia rivolta a favore di un soggetto minorenne, è indispensabile il consenso all'effettuazione delle prestazioni di entrambi i genitori o chi ne ha la potestà genitoriale.

**In particolare, Le forniamo le informazioni che seguono in ordine al trattamento dei Suoi dati personali:**

**1. QUALI SUOI DATI PERSONALI RACCOGLIAMO?**

Dati personali anagrafici, di contatto, di salute.

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

I Suoi dati personali sono trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico e per finalità di cura (attività di diagnosi, assistenza e terapia sanitaria).

E' previsto il consenso per i casi indicati al punto 5: DSE, per quanto previsto dalle norme, e comunicazione di dati a terzi.

I Suoi dati saranno trattati infatti anche per alimentare il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e il Dossier Sanitario Elettronico (DSE), al fine di migliorare i processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. L'Informativa completa su DSE e FSE è pubblicata sul sito aziendale.

**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 vigente, saranno conservati nei nostri archivi secondo i termini stabiliti dal Titolare e Massimario di scarto del Sistema Sanitario e Sociosanitario di Regione Lombardia vigente.

**4. COME VENIAMO A CONOSCENZA DEI SUOI DATI PERSONALI?**

I Suoi dati potranno essere acquisiti da Lei oppure 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.

**5. A CHI E' POSSIBILE COMUNICARE I SUOI DATI?**

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

- Operatori interni (in qualità di "Autorizzati")
- Soggetti esterni in qualità di "Responsabili del trattamento" (es: società informatiche, fornitori incaricati della gestione e manutenzione dell'app, eventuali servizi di hosting dei dati, altre Strutture sanitarie che potranno intervenire nel percorso di cura) di cui potrà conoscere i dati rivolgendosi al Rpd/DPO
- Soggetti terzi, che svolgono funzioni di controllo (es: ATS, Regione Lombardia ) che operano come autonomi Titolari del trattamento

Previo Suo consenso, i dati possono essere comunicati ad altro personale coinvolto nel processo di cura/registrazione delle prestazioni che ha accesso all'applicativo. I Suoi dati non saranno diffusi, né trasferiti in Paesi extra UE se non alle condizioni espressamente previste dal Regolamento (UE) 2016/679.

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

Il conferimento dei dati elencati al punto 1. è necessario per l'esecuzione delle prestazioni descritte al punto 2. e in assenza, non potremo garantirLe i relativi Servizi.

#### 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 la revoca del consenso prestato. Si informa che 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 di normative nazionali attinenti, Lei 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:** ASST LODI, Piazza Ospitale 10, 26900 Lodi– tel.0371371.1 [protocollo@pec.asst-lodi.it](mailto:protocollo@pec.asst-lodi.it);

**Responsabile della Protezione dei Dati personali/DPO:** Dott.ssa Maria Francesca Fasano, Via Savoia, 1 Lodi – email: [dpo@asst-lodi.it](mailto:dpo@asst-lodi.it)

#### DICHIARAZIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PER LE FINALITA' DI CUI AI PUNTI 2 e 5.

Io 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.

Il mio contatto telematico è il seguente:.....

Inoltre, letta e compresa l'informativa in tutte le sue articolazioni, presto il mio consenso per:

Dossier Sanitario Elettronico, ove non già prestato       Comunicazione dei dati come indicato al punto 5

Data..... Firma di chi esprime il consenso.....

**Qualora i consensi suddetti non possano essere prestati dall'interessato per impossibilità fisica, per incapacità di agire o di intendere e volere, saranno manifestati da chi esercita legalmente la potestà, o da un congiunto. In caso di minore, presteranno il consenso entrambi i genitori.**

Il/la sottoscritto/a...../ nato a .....il ...../...../....., presa visione dell'informativa, presta il consenso per la comunicazione dei dati del Sig./Sig.ra..... in qualità di:

- Genitore
- Rappresentante legale/Amministratore di sostegno (Specificare e allegare Modulo Autocertificazione)
- Convivente/ Familiare (specificare grado di parentela).....
- Altro.....

Documento/i di identità n: .....rilasciato/i il...../...../.....; il...../...../.....;

Dati di contatto: telefono .....indirizzo mail.....

Data ...../...../.....

Firma di chi esprime il consenso...../.....

Documento/i di identità n: .....rilasciato/i il...../...../.....; il...../...../.....;

Dati di contatto: telefono .....indirizzo mail.....

Data ...../...../.....

Firma di chi esprime il consenso...../.....

**Inoltre, presa visione dell'informativa, in qualità di (caregiver, genitore,tutore, altro) .....presto il consenso al trattamento dei miei dati personali, inclusi quelli particolari (sensibili), ove fossero necessari per la finalità di cura del/la paziente.**

Data ...../...../..... Firma di chi esprime il consenso...../.....