

INFORMATIVA PRIVACY – TELEMONITORAGGIO DA REMOTO

Gentile paziente/utente,

con questo documento ASST di Lodi La informa che tratterà i Suoi dati nel rispetto delle disposizioni nazionali e comunitarie, e Le fornisce le informazioni previste dagli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679.

1. QUALI SUOI DATI RACCOGLIAMO?

Per le finalità di cui al seguente punto 2., i dati raccolti sono:

- dati personali (anagrafici e di contatto); dati relativi alla Sua salute (dati particolari, c.d. dati “sensibili”)

2. A QUALE SCOPO UTILIZZIAMO I SUOI DATI PERSONALI?

I Suoi dati personali e sensibili saranno trattati attraverso strumentazioni o software che permetteranno di registrare e leggere anche la Sua storia clinica per finalità di:

- cura (diagnosi, terapie, assistenza, presa in carico);
- programmazione degli accessi in presenza in ospedale per eventuali controlli o qualora emergesse la necessità di rivedere le impostazioni; dell'apparecchiatura utilizzata per il telemonitoraggio da remoto;
- modifica, anche da remoto, delle impostazioni di trattamento;
- verifica sul lungo periodo dei dati di aderenza al trattamento, e adempimento dell'erogazione di eventuali valutazioni certificative.

3. SULLA BASE DI QUALE FONDAMENTO GIURIDICO?

Il trattamento di telemonitoraggio è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico e per attività di diagnosi, assistenza e terapia sanitaria e si fonda sulla base giuridica del Suo consenso. Questa modalità di approccio si pone come alternativa al normale percorso di assistenza e cura e il suo presupposto è il consenso. In caso di mancato consenso le saranno garantite tutte le cure secondo il percorso tradizionale.

4. COME VENIAMO A CONOSCENZA DEI SUOI DATI PERSONALI?

I Suoi dati potranno essere acquisiti da Lei, nel momento in cui acconsente ad usufruire della prestazione, oppure da altri operatori sanitari che ne abbiano titolo, e saranno gestiti all'interno di un “Software di monitoraggio remoto” cui accedono unicamente i medici e gli operatori sanitari, tenuti al segreto professionale, che conducono il Suo percorso di diagnosi e cura.

I dati che La riguardano non verranno utilizzati per attività di profilazione. E' possibile che il dispositivo adottato per l'attività di telemedicina possa generare degli alert sulla base di valori preimpostati che profilano la soglia di rischio alla quale è esposto l'interessato. Tali indicatori sono essenziali per segnalare situazioni critiche sia al paziente sia agli operatori che eseguono l'attività di monitoraggio da remoto.

Eventuali specifiche tecniche saranno di volta in volta illustrate al paziente attraverso documenti dedicati.

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

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

- Medici e operatori che ne abbiano titolo (vedi punto 4) e che conducano il Suo percorso di diagnosi e cura (tutti in qualità di “Autorizzati”)
- Soggetti esterni in qualità di “Responsabili del trattamento” (società che fornisce il software)
- 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 a: congiunti, ulteriore personale sanitario coinvolto nel processo di cura.

I Suoi dati non saranno diffusi, né trasferiti in Paesi extra UE, se non alle condizioni previste dal Capo V del Regolamento (UE) 2016/679.

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

I Suoi dati personali possono essere sottoposti a trattamento sia cartaceo che elettronico mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza. Il Titolare li tratterà per il tempo necessario ad adempiere alle finalità espresse. Salvo quanto diversamente espresso dalla normativa cogente, i Suoi dati personali saranno conservati nei nostri archivi per il tempo previsto dal vigente Titolaro e Massimario di scarto di Regione Lombardia.

7. QUALI SONO I SUOI DIRITTI E A CHI SI PUO' RIVOLGERE?

1.L'interessato 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 digitale.

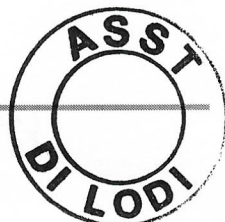
2.L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione: dell'origine dei suoi dati personali; delle finalità e modalità del trattamento; della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; degli estremi identificativi del Titolare, dei Responsabili e del Rappresentante designato; 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 di Stato, di responsabili o incaricati.

3.L'interessato ha diritto di ottenere, compatibilmente con gli obblighi di legge vigenti:

- a. l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
- b. 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;
- c. l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a e b 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;
- d. copia delle informazioni in nostro possesso in un formato comune e interoperabile;
- e. la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o di opporsi, in tutto o in parte: per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorchè pertinenti allo scopo della raccolta. Inoltre, l'interessato ha il diritto di:
 - f. revocare il consenso in qualsiasi momento, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca;
 - g. proporre reclamo ad un Autorità di Controllo.

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 Ospedale, 10 – 26900 Lodi, Tel. 0371-37; protocollo@pec.asst-lodi.it
Responsabile della Protezione dei Dati personali/DPO: Dott.ssa Maria Francesca Fasano, Viale Savoia, 1 – 26900 Lodi, Tel. 0371- 371; mail dpo@asst-lodi.it



MODULO DI RACCOLTA DEI CONSENSI

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento, ASST di Lodi, io sottoscritto/a

Io sottoscritto/a COGNOME: _____ NOME: _____

nato/a a _____ il ____/____/____

- ACCONSENTO al trattamento dei miei dati personali per le finalità descritte al punto 2. dell'Informativa
 NON ACCONSENTO al trattamento dei miei dati personali per le finalità descritte al punto 2. dell'Informativa

Data ____/____/____ Firma di chi esprime il consenso _____

→ CONSENTO INOLTRE CHE SIA DATA COMUNICAZIONE DEI MIEI DATI A SOGGETTI TERZI

- Al Sig./ra _____ tel. _____
 Al Medico curante Dr./Dr.ssa _____ Altro (comprese Unità di Offerta Territoriali) _____
Sono consapevole del fatto che, in caso di mancata compilazione del presente riquadro, non potrà essere data alcuna informazione sul mio stato di salute a terzi.

Data ____/____/____ Firma di chi esprime il consenso _____

→ VOGLIO REVOCARE IL MIO CONSENSO

In data ____/____/____ si prende atto della richiesta di revoca del consenso per:

- trattamento dati personali comunicazione a terzi precedentemente espresso (vedi punto precedente).

Firma di chi revoca il consenso _____

→ ACQUISIZIONE DEL CONSENSO PER MINORE

Il/la Paziente _____ nat/a a _____ il ____/____/____ è un/a **minore**;
pertanto, il consenso è espresso da Sig./Sig.ra _____ Sig./Sig.ra _____
in qualità di: → genitori altro..... (specificare e allegare Modulo di autocertificazione)
Documento di identità n. _____ rilasciato da _____ il ____/____/____
Documento di identità n. _____ rilasciato da _____ il ____/____/____

Presa visione dell'informativa, autorizzo il trattamento dei miei dati personali, inclusi quelli sopra indicati, al solo fine della raccolta del consenso prestato a nome e per conto del minore.

Data ____/____/____ Firma di chi esprime il consenso _____

Data ____/____/____ Firma di chi esprime il consenso _____

→ ACQUISIZIONE DEL CONSENSO PER PERSONA IMPOSSIBILITATA AD ESPRIMERLO

Il/la Paziente _____ nato a _____ il ____/____/____
è una **persona impossibilitata** ad esprimere il consenso; pertanto, ai sensi dell'art. 82 del vigente Codice privacy, il consenso è espresso da
a) Sig./Sig.ra _____ in qualità di _____
Congiunto, Rappresentante legale, Responsabile della Struttura in cui l'interessato/a dimora - se Rappresentante legale, allegare Modello di autocertificazione.
Documento di identità n. _____ rilasciato da _____ il ____/____/____
Presa visione dell'informativa, autorizzo il trattamento dei miei dati personali, inclusi quelli sopra indicati, al solo fine della raccolta del consenso prestato a nome e per conto della persona impossibilitata

Data ____/____/____ Firma di chi esprime il consenso _____

OPPURE

b) Io sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____ dichiaro che all'atto del ricovero (data ---/---/-----), il/la paziente _____ non è nelle condizioni psicofisiche per poter sottoscrivere il consenso e non è accompagnato/a da nessuna delle persone di cui all'art. 82 c. 2 Codice privacy).

Data ____/____/____ Firma del Medico _____

*Informazioni soggette a maggior tutela: aver subito violenza sessuale/ aver subito violenza sessuale in età infantile e/o adolescenziale; essere affetti da HIV; essere assuntore di sostanze stupefacenti, psicotrope, alcoliche; essersi sottoposte ad interruzione volontaria della gravidanza; aver deciso di partorire in anonimato; aver usufruito di servizi offerti da consultori familiari.

