

Soggetti che alimentano la banca dati del Piano di Assistenza Individualizzato

- il Medico di Medicina Generale dell'assistito, il suo eventuale sostituto, i membri dell'eventuale medicina di gruppo o della AFT, il personale di studio necessario.
- Gli specialisti coinvolti nel PAI, i medici convenzionati con il SSN, i loro sostituti e il personale di studio, nel rispetto delle specifiche competenze e il personale medico e non medico dei servizi di diagnostica strumentale.
- Gli operatori che intervengono all'interno delle Aziende socio-sanitarie locali e delle strutture ospedaliere, attraverso le diverse articolazioni professionali e organizzative;
- Altro soggetto, anche privato accreditato, che abbia titolo e che operi all'interno del SSN e dei Servizi socio-sanitari regionali nell'ambito del PAI.

Consenso per finalità di cura

Il Consenso per finalità di cura è l'autorizzazione che l'assistito esprime, in modo facoltativo e consapevole, per alimentare e consultare la banca dati del PAI, e può essere consentito solo dal soggetto al quale i dati sanitari si riferiscono, cioè l'assistito. Nel caso l'assistito sia minorenne o sottoposto a tutela, il consenso è espresso dal rappresentante legale, mediante esibizione di un proprio documento di identità e, laddove richiesto, dei provvedimenti adottati dall'Autorità Giudiziaria.

Revoca del consenso e chiusura del PAI

L'assistito può revocare il presente consenso liberamente. Per esercitare questo diritto si dovrà recare dal medico che ha attivato il percorso o, in alternativa, potrà comunicarlo ad Alisa <indirizzo mail da definire>.. A partire dal momento della revoca, il PAI viene chiuso all'interno del sistema informatico di gestione e nessuna informazione può essere aggiunta. Sarà cura del Medico curante gestire all'interno dell'archivio cartaceo la chiusura dello stesso.

Soggetti a cui possono essere comunicati dati e documenti appartenenti al Piano di Assistenza Individualizzato

Oltre al personale che direttamente collabora alla gestione del PAI, dati e documenti memorizzati sono disponibili solo ed esclusivamente per l'assolvimento degli obblighi di legge o per adempiere a disposizioni dell'Autorità Giudiziaria.

Esercizio dei diritti dell'assistito.

Ai sensi dell'art. 7 del Codice per la protezione dei dati personali, il cittadino può far valere i seguenti diritti: ottenere l'indicazione dell'origine dei dati personali:

- conoscere le finalità e modalità del trattamento
- conoscere la logica applicata per il trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici
- conoscere le modalità di protezione per il trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici
- diritto di conoscere le modalità di conservazione degli archivi cartacei
- conoscere gli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2, del Codice per la protezione dei dati personali
- conoscere gli estremi identificativi 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 dello Stato, di responsabili o incaricati
- ottenere o l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;

L'assistito può far valere i summenzionati diritti rivolgendosi ad Alisa <indirizzo mail da definire>.

Se ritiene di aderire a questo Programma, Le viene richiesto di firmare il modulo allegato.

Garanzia sulla riservatezza dei dati - Le informazioni che saranno rilevate saranno considerate assolutamente confidenziali e sono raccolte esclusivamente per il trattamento relativo al Piano di Assistenza Individualizzato. Le informazioni saranno elaborate dall'Azienda Ligure Sanitaria in collaborazione con le strutture competenti della sua Azienda Sanitaria Locale e rese visibili esclusivamente al gruppo di professionisti che l'assiste. Ogni operazione di trattamento dei dati che La riguardano sarà improntata ai principi di correttezza, liceità e trasparenza stabiliti dal decreto legislativo 196/2003 (Codice sulla protezione dei dati personali) e dalla normativa successiva, tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.



CONSENSO TRATTAMENTO DATI E PATTO DI CURA

Io sottoscritto _____, CF _____,

dichiaro di essere d'accordo sui seguenti punti:

- 1) che il mio MMG acceda ai dati sanitari che mi riguardano presenti sui data base regionali
- 2) che il mio MMG comunichi in Regione che abbiamo concordato di seguire il seguente protocollo per quanto riguarda miei esami e controlli da eseguire nel corso del prossimo anno:

- 3) che il mio MMG inserisca i dati riportati al punto 2 su data base regionali

Il mio MMG mi ha consegnato un documento con adeguata informativa sulla privacy, che ho compreso.

Data: _____

Firma paziente: _____

Firma MMG: _____

