

D.Lgs. n. 196/2003 – tutela della privacy

Gli articoli e i moduli di interesse per i Sanitari

Il Titolo V del D.Lgs 196/03 disciplina il trattamento di dati personali in ambito sanitario.

L'art. 77 in deroga alla normativa generale del Codice in materia di protezione dei dati personali indica le modalità semplificate che dovranno seguire gli esercenti le professioni sanitarie per l'informativa e l'acquisizione del consenso.

I medici e gli odontoiatri ai sensi dell'art. 76 trattano i dati idonei a rivelare lo stato di salute:

- con il consenso dell'interessato, senza l'autorizzazione del Garante, se il trattamento riguarda dati e operazioni indispensabili per perseguire la finalità della tutela della incolumità fisica dell'interessato;
- anche senza il consenso dell'interessato, ma previa autorizzazione del Garante se la tutela della salute e dell'incolumità fisica riguarda un terzo o la collettività.

Nel caso in cui al comma 1 il consenso è prestato con le modalità semplificate. Sempre nelle fattispecie di cui al comma 1 l'autorizzazione del Garante è rilasciata sentito il Consiglio Superiore di Sanità a meno che si tratti di particolare urgenza.

L'art. 81 disciplina la prestazione del consenso che può essere manifestato anche con una dichiarazione orale. In tal caso il consenso è documentato, anziché con atto scritto dell'interessato (assistito), con annotazione dell'esercente la professione sanitaria riferita al trattamento di dati effettuati da uno o più soggetti e alla informativa all'interessato, nei modi indicati negli artt. 78 – 79 – 80.

Detta documentazione, anche al fine di renderla conoscibile ad altro professionista, può essere resa conoscibile dal medico di famiglia o dal pediatra di libera scelta con apposita annotazione o apposizione di un bollino su carta elettronica o tessera sanitaria. In tutti i casi l'annotazione deve contenere il richiamo all'art. 78, comma 4.

La previsione dell'annotazione o dell'apposizione di un bollino sulla carta elettronica o sulla tessera sanitaria favorisce la circolazione del consenso dei dati che fa carico, nella fattispecie, esclusivamente al medico di famiglia.

Peraltro il medico di famiglia, il pediatra di libera scelta e il libero professionista medico e odontoiatra possono acquisire il consenso in forma scritta attraverso la sottoscrizione di un modello che si allega in copia.

Il modello dovrà essere custodito dal medico o dall'odontoiatra e potrà essere esibito in caso di contestazione dell'avvenuto consenso.

Gli esercenti le professioni sanitarie, al di là di ogni altra interpretazione, hanno l'obbligo di acquisire il consenso immediatamente.

Infatti la lett. e) dell'art. 181 del Codice in parola che prevedeva il 30 settembre 2004, quale ultima data per l'acquisizione del consenso per il trattamento dei dati personali, iniziato prima del 1° gennaio 2004, è stata abrogata dalla lett. d) dell'art. 2 bis della legge 26 maggio 2004 n. 138, ragion per cui essendo venuta meno la moratoria, l'obbligo stesso dell'acquisizione del consenso decorre dal 30 maggio 2004 giorno successivo a quello della pubblicazione sulla G.U.

Il medico o l'odontoiatra e in particolare il medico di famiglia e il pediatra di libera scelta, acquisiranno il consenso, qualora non fosse già stato acquisito, alla prima visita del paziente.

Si allegano moduli distinti:

1. per l'acquisizione del consenso da parte dei medici, degli odontoiatri e delle strutture sanitarie mediche od odontoiatriche associate e gli artt. 13,7,8 e 11 del D.Lgs 196/03;
2. per la nomina di responsabile e di incaricato al trattamento dei dati personali e sensibili con le informazioni e le istruzioni;
3. per la nomina di responsabile quale Titolare del laboratorio odontotecnico e dello studio commercialista.

NOMINA RESPONSABILE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Dott.....
MEDICO CHIRURGO/ ODONTOIATRA/ TITOLARE STRUTTURA SANITARIA

Il sottoscritto/a in qualità di titolare del trattamento dei dati dello Studio medico / Studio odontoiatrico / associato / sanitaria..... con sede in

NOMINA QUALE RESPONSABILE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

il signor/a nato/a a il

In particolare dovrà:

- a) raccogliere, registrare, trattare e conservare i dati personali e sensibili contenuti nelle cartelle cliniche, sia su supporto cartaceo che informatico, avendo cura che l'accesso agli stessi sia consentito solo ai soggetti autorizzati;
- b) adempiere alla comunicazione dei dati ai soggetti esterni nelle forme previste.

Le rammento che dovrà adottare la **parola chiave riservata** per l'accesso alla banca dati elettronica che dovrà essere periodicamente modificata.

Data

FIRMA DEL TITOLARE

All.ti artt. 7, 8, 11, 13, 33, 76, 81, 83, 84 del D.Lgs 196/03

p.r. Firma del Responsabile

**NOMINA RESPONSABILE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E
SENSIBILI**

Dott.....

MEDICO CHIRURGO / ODONTOIATRA / STUDIO MEDICO / ODONTOIATRICO ASSOCIATO

Il sottoscritto/a in qualità di titolare del trattamento dei dati dello Studio medico/Studio medico associato con sede in

NOMINA QUALE RESPONSABILE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Il/la signor/a - Il/La dott./ssa titolare di Studio commercialista con sede in..... nato/a a il

In particolare dovrà:

- c) raccogliere, registrare, trattare e conservare i dati personali e sensibili sia su supporto cartaceo che informatico, avendo cura che l'accesso agli stessi sia consentito solo ai soggetti autorizzati;
- d) adempiere alla comunicazione dei dati ai soggetti esterni nelle forme previste.

Le rammento che dovrà adottare la **parola chiave riservata** per l'accesso alla banca dati elettronica che dovrà essere periodicamente modificata.

Data

FIRMA DEL TITOLARE

All.ti artt. 7, 8, 11, 13, 33, 76, 81, 83, 84 del D.Lgs 196/03

p.r. Firma del Responsabile

NOMINA RESPONSABILE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Dott.....
ODONTOIATRA/ STUDIO ODONTOIATRICO ASSOCIATO

Il sottoscritto/a in qualità di titolare del trattamento dei dati dello Studio odontoiatrico/ Studio odontoiatrico associato con sede in

NOMINA QUALE RESPONSABILE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

il signor/a nato/a a il , Titolare del Laboratorio odontotecnico con sede.....

In particolare dovrà:

- e) raccogliere, registrare, trattare e conservare i dati personali e sensibili contenuti nelle cartelle cliniche, sia su supporto cartaceo che informatico, avendo cura che l'accesso agli stessi sia consentito solo ai soggetti autorizzati;
- f) adempiere alla comunicazione dei dati ai soggetti esterni nelle forme previste.

Le rammento che dovrà adottare la **parola chiave riservata** per l'accesso alla banca dati elettronica che dovrà essere periodicamente modificata.

Data

FIRMA DEL TITOLARE

All.ti artt. 7, 8, 11, 13, 33, 76, 81, 83, 84 del D.Lgs 196/03

p.r. Firma del Responsabile

ASSUNZIONE INCARICO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Dott.....
MEDICO CHIRURGO/ODONTOIATRA/TITOLARE STRUTTURA SANITARIA

Io sottoscritto/anato..... a.....il
.....responsabile dello studio medico/odontoiatrico/associato
..... con sede in

Assumo l'incarico di Titolare del trattamento dei dati personali e sensibili di cui al Decreto legislativo 196/03.

In particolare dovrò:

- g)** raccogliere, registrare, trattare e conservare i dati personali e sensibili contenuti nelle cartelle cliniche, sia su supporto cartaceo che informatico, avendo cura che l'accesso agli stessi sia consentito solo ai soggetti autorizzati;
- h)** adempiere alla comunicazione dei dati ai soggetti esterni nelle forme previste.
- i)** conservare le dichiarazioni del consenso al trattamento dei dati personali e sensibili da parte dell'interessato
- j)** vigilare sulla corretta osservanza degli obblighi di legge da parte dei responsabili e incaricati
- k)** impedire l'accesso a terzi non autorizzati nei luoghi in cui sono raccolti e custoditi i dati
- l)** rispettare il segreto professionale sui dati raccolti e sui quali si ha accesso
- m)** custodire la userid assegnata e la password di accesso al computer

Il titolare del trattamento dei dati

.....

NOMINA INCARICATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Dott.....

MEDICO CHIRURGO / ODONTOIATRA / TITOLARE STRUTTURA SANITARIA

Il sottoscritto/a in qualità di Titolare/Responsabile del
trattamento dei dati dello Studio medico / Studio odontoiatrico / della struttura sanitaria
..... con sede in

NOMINA QUALE INCARICATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

il signor/a nato/a a il

In particolare dovrà:

- n) raccogliere, registrare, trattare e conservare i dati personali e sensibili contenuti nelle cartelle cliniche, sia su supporto cartaceo che informatico, avendo cura che l'accesso agli stessi sia consentito solo ai soggetti autorizzati;
- o) adempiere alla comunicazione dei dati ai soggetti esterni nelle forme previste.

Le rammento che dovrà adottare la **parola chiave riservata** per l'accesso alla banca dati elettronica che dovrà essere periodicamente modificata.

Data

FIRMA DEL TITOLARE/RESPONSABILE

All.ti: Istruzioni e artt. 7,8,11,13,33,76,81,83,84 D.Lgs 196/03

p.r. Firma dell'Incaricato

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Dott.

Titolare studio medico/ odontoiatrico / Struttura sanitaria medica/odontoiatrica

SEDE.....

Il sottoscrittonato a.....il.....
residente
in.....Via.....cap.....Località.....
dichiara di essere stato informato su:

- 1 le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, connesse con le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, svolte dal medico a tutela della propria salute;
- 2 i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (medici sostituti, laboratorio analisi, medici specialisti, farmacisti, aziende ospedaliere, case di cura private e fiscalisti) o che possono venirne a conoscenza in qualità di incaricati;
- 3 il diritto di accesso ai dati personali, la facoltà di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione nonché di opporsi all'invio di comunicazioni commerciali;
- 4 il nome del medico che sarà titolare del trattamento dei dati personali nonché l'indirizzo del relativo studio professionale;
- 5 la necessità di fornire dati richiesti per poter ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate.

Data

Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente a fini di diagnosi e cura al Dr.....

Firma dell'interessato o del rappresentante legale

Da conservare da parte del medico, odontoiatra, titolare struttura sanitaria