POLICLINICO
CASILINO

copia immediata alla Direzione Sanitaria

condivisione dei dati tra il personale sanitario di diverse specializzazioni coinvolto nell'evento clinico presente e/o tramite accesso informatico ai propri eventi clinici pregressi

In riferimento all' accesso informatico e condivisione dei dati personali e particolari (dati relativi alla salute) tra i professionisti sanitari che possono essere coinvolti nell'evento clinico presente e/o pregresso si precisa che ancorché la Policlinico Casilino spa non abbia un modulo specifico di Dossier sanitario integrato con il sistema gestionale informatico la stessa, prendendo in considerazione la definizione di Dossier sanitario quale "insieme dei dati personali generati da eventi clinici presenti e trascorsi riguardanti l'interessato , che vengono condivisi tra i professionisti sanitari che lo assistono presso un'unica struttura sanitaria" così come definito dalle Linee guida in materia di Dossier sanitario Prov. n. 331 del 4 giugno 2015, ha ritenuto opportuno adeguare le funzionalità attualmente in uso predisponendo misure tecniche ed organizzative, al fine di garantire in primo luogo la certezza dell'origine e della correttezza dei dati e l'accessibilità degli stessi solo da parte di soggetti legittimati . Ciò al fine di rendere possibile , previo consenso dell'interessato, la condivisione dei dati generati da eventi clinici presenti e pregressi, riguardanti il singolo soggetto, a vantaggio dei professionisti sanitari che lo hanno in cura presso la Struttura al fine di consentire l'accesso al maggior numero di informazioni sanitarie per garantire la miglior diagnosi e cura dell'interessato.
La Policlinico Casilino garantisce altresì l'esercizio dei diritti previsti dalle Linee guida in materia di Dossier sanitario Prov. n. 331 del 4 giugno 2015, in favore degli interessati.

Cos'è il Diniego alla condivisione dei dati tra il personale sanitario di diverse specializzazioni coinvolto nell'evento clinico presente e/o tramite accesso informatico ai propri eventi clinici pregressi :

Negando il consenso alla condivisione dei dati tra il personale sanitario di diverse specializzazioni coinvolto nell'evento clinico presente e/o tramite accesso informatico ai propri eventi clinici pregressi non si consente di creare un insieme integrato di informazioni sanitarie personali derivanti da tutti gli accessi eseguiti in questo ospedale, anche pregressi, la cui immediata visualizzazione renderebbe più tempestiva e sicura l'assistenza.
In caso di diniego alla condivisione dei dati tra il personale sanitario di diverse specializzazioni coinvolto nell'evento clinico presente e/o tramite accesso informatico ai propri eventi clinici pregressi, i dati sanitari saranno comunque visualizzati e quindi disponibili esclusivamente dai sanitari del reparto /ambulatorio i quali avranno accesso alle informazioni relative all'episodio per il quale l'interessato si è recato presso il Policlinico Casilino ed agli eventi pregressi ed alle prestazioni sanitarie erogate in passato allo stesso soggetto da quel reparto/ambulatorio " *(c.d. accesso agli applicativi verticali dipartimentali")* (cosi come viene delineato dall' Allegato A) della deliberazione del Garante per la Protezione dei dati Personali - Linee Guida in Materia di Dossier Sanitario) .

Ho compreso che in caso di diniego alla condivisione dei dati tra il personale sanitario di diverse specializzazioni coinvolto nell'evento clinico presente e/o tramite accesso informatico ai propri eventi clinici pregressi la prestazione sanitaria mi sarà comunque garantita.

Sono tuttavia consapevole che ciò implica la rinuncia alla possibilità di usufruire in futuro di una diagnosi più puntuale e completa e di una cura più adeguata, giacché basata sulla conoscenza di tutti i miei dati clinici pregressi.

Nominativo_____

nato/a_____,il_____

_____ C.F_____

Il/La sottoscritto/a ,

Firma dell'interessato

_____

Data_____ ora _____

Firma degli esercenti la potestà genitoriale (entrambe i genitori) in caso di minorenne _____ _____

Data _____ ora _____

Firma del tutore/curatore/amministratore di sostegno _____

Data _____ ora _____