

APPLICAZIONE NEGLI STUDI ODONTOIATRICI DELLA NORMATIVA SULLA PRIVACY
Codice della Privacy – Decreto legislativo n. 196/2003

Le nuove norme sulla privacy disciplinano la tutela del diretto interessato ai dati, il quale, dopo essere stato informato, com'è noto, deve prestare il proprio consenso (scritto) al trattamento, autorizzando il trattamento dei propri dati personali e sensibili con riferimento alla comunicazione o alla diffusione che lo studio professionale dovrà effettuare, ivi compresa quella volta all'esterno per perseguire gli scopi contrattuali.

Il titolare dello studio, a tale fine, informa i pazienti, ai sensi dell'art. 13 del codice in materia di protezione dei dati personali, circa le finalità e le modalità del trattamento a cui sono destinati, nonché la natura del conferimento, le conseguenze dell'eventuale rifiuto a rispondere, i soggetti ai quali i dati personali vengono comunicati e l'ambito di diffusione dei medesimi.

Ogni paziente ha diritto ad accedere ai propri dati personali nelle forme e nei modi di cui agli articoli 7, 8, 9. Inoltre, l'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, nonché l'aggiornamento e la rettifica o l'integrazione degli stessi. Quando richiesto, il paziente ha diritto di ottenere anche la cancellazione dei dati: tale diritto può essere esercitato su richiesta scritta rivolta al titolare dello studio.

L'omessa adozione di misure minime è punita con l'arresto fino a due anni e con l'ammenda da 10.000 a 50.000 euro. Infatti, il trattamento dei dati viene definito dalla legge come "attività pericolosa" che comporta, tra l'altro, gli effetti di cui all'art. 2050 del Codice civile, obbligando il responsabile al risarcimento se non prova di avere adottato tutte le misure idonee ad evitare il danno. L'art. 3 del codice introduce quindi il "principio di necessità" del trattamento dei dati: in altre parole, si vuole escludere il trattamento quando le finalità perseguite nei singoli casi possono essere realizzate mediante dati anonimi o opportune modalità che permettano di identificare l'interessato solo in caso di necessità. Tale principio si coniuga con quello "di pertinenza", per effetto del quale non devono essere raccolti e trattati più dati di quelli necessari per lo scopo dichiarato.

Per il **trattamento di dati personali effettuato senza l'utilizzo di elaboratori**, sono osservate le seguenti modalità:

1. i dati devono essere conservati in zone dello studio non accessibili
2. agli incaricati sono impartite istruzioni scritte finalizzate al controllo ed alla custodia, per l'intero ciclo necessario allo svolgimento delle operazioni di trattamento, degli atti e dei documenti contenenti dati personali.
- 3.
4. l'accesso agli archivi contenenti dati sensibili è controllato. Quando gli archivi non sono dotati di strumenti elettronici per il controllo degli accessi o di incaricati della vigilanza, le persone che vi accedono sono preventivamente autorizzate.

I dati personali oggetto di trattamento **devono essere custoditi e controllati in modo da ridurre al minimo i rischi** di distruzione o perdita dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta, mediante l'adozione di idonee e preventive misure di sicurezza.

Per quanto riguarda gli **studi odontoiatrici che utilizzano strumenti informatici**, entro il 31 marzo di ogni anno è obbligatoria la redazione del "Documento Programmatico sulla Sicurezza" (D.P.S.) per l'anno 2004 il termine è prorogato al 30 giugno 2005.

carta intestata

Allegato 1:

assunzione dell'incarico di titolare del trattamento dei dati (il documento deve essere compilato e firmato dal titolare dello studio odontoiatrico; negli studi associati va individuato uno dei Soci che assume tale incarico, deve essere firmato anche da tutti gli altri associati o dal legale rappresentante se nominato) *normativa in vigore dal 1 gennaio 2004;*

Allegato 2

incarico al trattamento dei dati (il documento deve essere firmato da ogni dipendente, socio e/o collaboratore dello studio; il documento dovrà essere revisionato in caso di assunzione di nuovi dipendenti, sostituzione di soci e/o collaboratori) *normativa in vigore dal 1 gennaio 2004;*

Allegato 3

incarico al trattamento dei dati per i "collaboratori esterni" (il documento deve essere firmato dai collaboratori esterni allo studio, qualora ricevano documenti contenenti dati sanitari/sensibili – odontotecnico, commercialista, etc. -) *normativa in vigore dal 1 gennaio 2004;*

Allegato 4

informativa e consenso per i pazienti (deve essere sottoscritto da ogni nuovo paziente al momento della prima visita in studio ovvero il titolare deve annotare di aver effettuato l'informativa ed ottenuto il consenso orale del paziente) *normativa in vigore dal 1 gennaio 2004;*

Allegato 5

consenso prestazione odontoiatrica, la documentazione non è obbligatoria, ma è consigliata, il paziente deve indicare i dati essenziali anamnestici e il consenso.

carta intestata

ALLEGATO 1

Documento di assunzione dell'incarico al trattamento dei dati

Io Sottoscritto Dott.
assumo l'incarico di Titolare del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 28 del decreto legislativo 196/03, che
nell'esercizio della mia attività nello Studio Odontoiatrico

sito inVia

Risultano pertanto di mia competenza i seguenti compiti:

- raccogliere e sistemare i dati acquisiti dalla struttura nel rispetto di quanto previsto dalla legge
- rispettare le misure di sicurezza ai sensi della legge in relazione al DPS
- conservazione della dichiarazione del consenso al trattamento dei dati sensibili da parte dell'interessato
- vigilanza sulla corretta osservanza degli obblighi di legge e dei diritti riconosciuti dalla legge agli interessati
- custodire la userid assegnata e la password di accesso al computer (se esistenti)
- custodire le chiavi dei documenti e degli archivi cartacei
- impedire a terzi non autorizzati l'accesso nei luoghi in cui sono raccolti e conservati i dati
- rispettare il segreto professionale sui dati raccolti e sui quali si ha accesso

Il Titolare del trattamento dei dati

carta intestata

ALLEGATO 2

Documento di incarico al trattamento dei dati

Gent./Sig.ra,Egr./Sig.....
ai sensi art. 30 delDecreto Lgs. 196/03, nell'ambito della qualifica di dipendente e/o collaboratore dello studio è incaricata di compiere le operazioni di trattamento di dati sotto elencate:

1. Raccogliere e registrare i dati dei pazienti nelle cartelle cliniche cartacee e/o informatizzate
2. Verificare che la comunicazione a soggetti esterni avvenga nelle forme previste
3. Eseguire qualsiasi altra operazione di trattamento nei limiti delle proprie mansioni
4. Accogliere ed annotare i dati di pazienti e fornitori
5. Eseguire il back up dei dati secondo il protocollo vigente
6. Archiviare documenti cartacei, rx o esami del paziente, modelli studio, ecc. in zone dello studio non accessibili ad estranei.

Le ricordo inoltre che:

1. Non è autorizzato alla cancellazione o alla distruzione di dati presenti nello studio
2. Nel caso di utilizzo di strumenti informatici, sarà obbligato ad attenersi al documento programmatico sulla sicurezza (DPS).

A completamento della sua lettera d'incarico le ricordiamo che :

- Il trattamento dei dati deve essere effettuato in modo lecito e corretto
- I dati personali devono essere raccolti e registrati unicamente per finalità inerenti l'attività svolta
- E' necessaria la verifica costante della correttezza dei dati ed il loro aggiornamento
- E' necessaria la verifica costante della completezza e pertinenza dei dati trattati
- Devono essere rispettate le misure di sicurezza predisposte dal titolare
- In ogni operazione del trattamento deve essere garantita la massima riservatezza, in particolare:
 - Assoluto divieto di comunicazione e/o diffusione dei dati senza la preventiva autorizzazione del titolare
 - L'accesso dei dati dovrà essere limitato all'espletamento delle proprie mansioni ed esclusivamente negli orari di lavoro
 - Nella fase di raccolta del consenso dovrà essere osservata la procedura per il rilascio dell'informativa e l'ottenimento del consenso scritto dagli interessati
- In caso d'interruzione, anche temporanea, del lavoro verificare che i dati in trattamento non siano accessibili da terzi non autorizzati, sia nel caso di dati su supporto cartaceo che di quelli su supporto elettronico (osservando le misure minime di sicurezza di cui al DPS sopracitato)
- L'accesso ai dati informatizzati per i quali è autorizzata al trattamento le sarà possibile inserendo nel programma la userid e la password riservata. E' suo specifico compito cambiare la password con cadenza almeno trimestrale.
- Gli obblighi relativi alla riservatezza, alla comunicazione ed alla diffusione dovranno essere osservati anche in seguito a modifica dell'incarico e/o a cessazione del rapporto di lavoro.

Per qualsiasi ulteriore informazione il titolare è a Sua completa disposizione.

Data

Il titolare del trattamento dei dati

Per accettazione:

.....

.....

ALLEGATO 3

Documento di incarico al trattamento dei dati per “collaboratori esterni”

Ai sensi dell'art. 30 del Decreto L.gs 193/03 la S.V.
è incaricata, nell'ambito della qualifica di collaboratore esterno dello studio di compiere le **operazioni di trattamento di dati sotto elencate**:

- a) Eseguire le operazione di trattamento esclusivamente ai fini dei compiti assegnati e nei limiti delle proprie mansioni

Le ricordo inoltre che:

- b) Deve rispettare scrupolosamente le norme contenute nel Decreto legislativo 196/03
- c) Deve rispettare eventuali informazioni aggiuntive che le verranno fornite
- d) Non è autorizzato alla cancellazione o alla distruzione di dati
- e) Nel caso di utilizzo di strumenti informatici, è obbligato ad attenersi al documento programmatico sulla sicurezza (DPS).

A completamento della sua lettera d'incarico le ricordiamo che :

- In ogni operazione del trattamento deve essere garantita la massima riservatezza, in particolare: assoluto divieto di comunicazione e/o diffusione dei dati senza la preventiva autorizzazione del titolare
- In caso d'interruzione, anche temporanea, del lavoro verificare che i dati in trattamento non siano accessibili da terzi non autorizzati, sia nel caso di dati su supporto cartaceo che di quelli su supporto elettronico (osservando le misure minime di sicurezza)
- Gli obblighi relativi alla riservatezza, alla comunicazione ed alla diffusione dovranno essere osservati anche in seguito a modifica dell'incarico e/o a cessazione del rapporto di lavoro.

Per qualsiasi ulteriore informazione il titolare è a Sua completa disposizione.

Il titolare del trattamento dei dati

Per accettazione:

.....

.....

ALLEGATO 4

Consenso al trattamento dei dati ed informative ai sensi del Codice sulla Privacy (D. Lgs. 196/03)

Per fornirci i suoi dati personali, La preghiamo di leggere il presente foglio informativo.

1- Per “dati” si intendono:

- quelli che Le richiediamo oggi, col presente modulo e che potremo richiederLe in futuro;
- quelli sanitari che avremo occasione di rilevare nell’espletamento delle prestazioni mediche a suo favore;
- quelli sanitari necessari o che si renderanno necessari per l’espletamento della nostra attività nel perseguimento della finalità di tutela della Sua salute;
- quelli spontaneamente da Lei forniti.

2 - I dati vengono da noi raccolti con l’esclusiva finalità di svolgere la nostra attività professionale nei suoi confronti, compresa la gestione contabile del rapporto. In particolare provvederemo a tenere le registrazioni obbligatorie per legge, sia amministrative che sanitarie.

3 - I dati potranno essere registrati su supporti informatici e cartacei, che verranno da noi mantenuti e protetti con modalità idonee

4 - I dati potranno essere:

- comunicati al suo medico curante in caso di necessità o comunicati ad altro personale sanitario;
- messi a disposizione del personale odontoiatrico associato, che frequenta, che collabora o che dovesse sostituire il titolare in caso di sua assenza;
- resi noti ai dipendenti ed ai consulenti dello studio per gli aspetti che possono riguardarli e secondo le modalità previste dalla legge;
- comunicati ai laboratori odontotecnici per le attività loro proprie, secondo le norme del D.lgt. 46/97, dir. 93/42/CEE.

5 – Le comunichiamo i Suoi diritti:

A – Ottenere, a cura del titolare, senza ritardo:

- ◆ la conferma o meno dell’esistenza dei dati personali che La riguardano, anche se non ancora registrati, e la comunicazione in forma intelligibile dei medesimi dati e della loro origine, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento: la richiesta può essere rinnovata, salvo giustificati motivi, con intervallo non minore di 90 giorni;
- ◆ la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati;
- ◆ l’aggiornamento, la rettificazione, ovvero qualora ne abbia interesse, l’integrazione dei dati;
- ◆ l’attestazione che le operazioni di cui ai precedenti n. 2 e 3 sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati, eccettuato i casi in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato al diritto tutelato;

B - Opporsi in tutto od in parte al trattamento dei dati personali che La riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.

Per quanto riguarda il suo diritto ad opporsi in tutto od in parte al trattamento di dati personali che La riguardano ai fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta ovvero per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale, Le precisiamo che tali attività NON verranno comunque svolte dal nostro Studio in quanto estranee all’esercizio professionale medico e odontoiatrico.

La informiamo inoltre che per poter ottenere una corretta erogazione dei nostri servizi professionali è necessario che ci fornisca i dati richiesti.

Consenso

Apponendo la firma in calce al presente modulo, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati, nell’ambito delle finalità e modalità di cui sopra, e nei limiti in cui il mio consenso fosse richiesto ai fini della legge.

In particolare manifesto il mio consenso espresso per:

- l’acquisizione e il trattamento dei dati di cui al punto 1 e 2;
- la comunicazione dei dati a terzi e il trattamento ai sensi del punto 4;

Cognome Nome

Indirizzo

Luogo e data di nascita

Cod. Fiscale

Tel. Abi tel. Uff Tel .cell

data

firma _____

carta intestata

ALLEGATO 5

**INFORMAZIONE E CONSENSO PRESTAZIONE
ODONTOIATRICA**

DATI ANAGRAFICI:

Cognome Nome

Indirizzo

Luogo e data di nascita

Cod. Fiscale medico di base dott

Professione/attività lavorativa

Tel. Abi. tel. Uff Tel .cell

DATI ANAMNESTICI:

PATOLOGIE	SI	NO
ipertensione arteriosa		
diabete		
malattie di cuore		
allergie		
problemi con le anestesie		
malattie del sangue e/o emorragie		
epatiti o altre malattie del fegato		
fumo		
gravidanza in corso? (per le signore)		
terapie farmacologiche in corso?		
.....		
.....		
.....		
altro:		
.....		
.....		
.....		

Ho compreso l'effettiva portata dell'intervento terapeutico, le difficoltà ad esso legate, gli obiettivi, le probabilità dei risultati che potranno essere conseguiti (ivi compresa l'ipotesi che esso possa non essere risolutore), e comunque i prevedibili vantaggi, i rischi connessi e gli eventuali effetti indesiderati .

Mi sono state descritte accuratamente la prevedibile durata dell'atto terapeutico e della successiva convalescenza, le terapie pre- e post-operatorie che dovrò subire con particolare riferimento ai benefici ed agli effetti indesiderati da esse dipendenti; nonché quale verosimilmente sarà la qualità della degenza e/o convalescenza post-trattamento cui andrò incontro .

carta intestata

Mi è stato chiarito che le indicazioni fornitemi sono valide soltanto in assenza di complicanze ed effetti collaterali indesiderati, che varierebbero i tempi ed i modi del trattamento .

Mi è stato spiegato, indicandomeli dettagliatamente, che taluni di questi rischi sono da considerarsi eccezionali, altri sono possibili, altri ancora probabili; e che alcuni di essi sono invece certi e non evitabili, in quanto insiti nell'atto diagnostico-terapeutico stesso . Tutto ciò, sia in senso generale che in riferimento al mio quadro clinico . Mi è stato anche spiegato quali cure o interventi sarà necessario eseguire in caso di complicazioni, e quali problemi questi nuovi atti terapeutici potrebbero cagionare.

Alle domande da me poste l'odontoiatra ha fornito risposte comprensibili, tali da consentirmi di farmi un quadro completo e del tutto esauriente della situazione; sono quindi in grado di decidere consapevolmente sul trattamento diagnostico-terapeutico cui dovrò essere sottoposto.

Infine, faccio presente di essere stato informato del fatto che nel corso della procedura diagnostica o del trattamento potrebbe evidenziarsi un quadro diverso dal previsto, ovvero che potrebbero verificarsi circostanze non attese, tali da rendere opportuno o necessario procedere ad ulteriori misure diagnostico-terapeutiche, differenti da quelle progettate. Anche a queste possibili variazioni rispetto alla linea di condotta prestabilita (che mi sono state compiutamente descritte, così come mi è stato descritto quanto, nelle singole evenienze, diverrà opportuno o necessario effettuare) dichiaro consapevolmente di acconsentire .

Data

Firma del paziente, del legale rappresentante
o dell'esercente la patria potestà

.....

Firma dell' Odontoiatra

Riservato ai Medici ed Odontoiatri che trattano i dati
con strumenti elettronici

DOCUMENTO PROGRAMMATICO (ex art. 34)

SOGGETTI:

TITOLARE

RESPONSABILE (se nominato)

INCARICATO (se nominato)

ELENCO TRATTAMENTO DATI PERSONALI

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> RACCOLTA | <input type="checkbox"/> MODIFICAZIONE |
| <input type="checkbox"/> REGISTRAZIONE | <input type="checkbox"/> COMUNICAZIONE |
| <input type="checkbox"/> AGGIORNAMENTO | <input type="checkbox"/> CANCELLAZIONE |
| <input type="checkbox"/> CONSERVAZIONE | <input type="checkbox"/> BLOCCO |

AL RESPONSABILE (se individuato) IN DATA E' STATO AFFIDATO IL COMPITO DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI.

L'INCARICATO (se individuato) IN DATA E' STATO AUTORIZZATO A COMPIERE OPERAZIONI DI TRATTAMENTO.

MISURE DI PROTEZIONE ADOTATE PER EVITARE RISCHII DI DISTRUZIONE, DANNEGGIAMENTO O PERDITA DEI DATI, ACCESSO NON AUTORIZZATO O TRATTAMENTO NON CONSENTITO O NON CONFORME ALLE FINALITA' DELLA RACCOLTA

- PAROLA CHIAVE PER ACCESSO ELABORATORE**
- EVENTUALI PIU' PAROLE CHIAVE SE DIVERSI INCARICATI**
- PERIODICA MODIFICA PAROLA CHIAVE**
- PREDISPOSIZIONE COPIA SU RAPPORTO MAGNETICO**
- ADOZIONE MISURE IDONEE PER IL RIPRISTINO DELL'ACCESSO AI DATI**

RISERVATO AI MEDICI OD ODONTOIATRI CHE TRATTANO I DATI CON STRUMENTI ELETTRONICI

- FORMAZIONE DELL'INCARICATO AL TRATTAMENTO**
- ADOZIONE CIFRATURA PER SEPARAZIONE DATI SENSIBILI DA DATI PERSONALI**

Data

Firma del Titolare

.....

Riservato ai Medici ed Odontoiatri che trattano i dati Senza l'ausilio di strumenti elettronici

DOCUMENTO PROGRAMMATICO (ex art. 35)

SOGGETTI:

TITOLARE

RESPONSABILE (se nominato)

INCARICATO (se nominato)

ELENCO TRATTAMENTO DATI PERSONALI

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> RACCOLTA | <input type="checkbox"/> MODIFICAZIONE |
| <input type="checkbox"/> REGISTRAZIONE | <input type="checkbox"/> COMUNICAZIONE |
| <input type="checkbox"/> AGGIORNAMENTO | <input type="checkbox"/> CANCELLAZIONE |
| <input type="checkbox"/> CONSERVAZIONE | <input type="checkbox"/> BLOCCO |

AL RESPONSABILE (se individuato) IN DATA E' STATO AFFIDATO IL COMPITO DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI.

L'INCARICATO (se individuato) IN DATA E' STATO AUTORIZZATO A COMPIERE OPERAZIONI DI TRATTAMENTO.

ISTRUZIONI SCRITTE ALL'INCARICATO PER LA CUSTODIA E IL CONTROLLO DI ATTI E DOCUMENTI CONTENENTI DATI PERSONALI E DATI SENSIBILI

ISTRUZIONI SCRITTE ALL'INCARICATO PER LA RESTITUZIONE DI ATTI E DOCUMENTI CONTENENTI DATI SENSIBILI AL TERMINE DELLE OPERAZIONI DI TRATTAMENTO AFFIDATE

Data

Firma del Titolare

.....