



REGIONE SICILIANA
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
ENNA**

Codice Fiscale e partita IVA 01151150867

PROT. N. 364926

Avviso

**Consultazione pubblica al fine di acquisire proposte ed
osservazioni sull'aggiornamento del vigente
PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE e TRASPARENZA
DELL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE ENNA
PER IL TRIENNIO 2019/2021**

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna deve procedere ad aggiornare il Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza, ai sensi della Legge 6 novembre 2012, n°190 ed ai sensi del Piano Nazionale Prevenzione Corruzione, quale strumento per assicurare e garantire la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri di diligenza, lealtà, imparzialità ed il servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico.

L'Azienda Sanitaria Provinciale promuove la partecipazione attiva di tutti i portatori d'interesse delle attività e dei servizi offerti, avvia una consultazione pubblica al fine di cogliere i contributi di tutti gli attori del sistema sanitario. Il vigente Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza 2018/2020, sul quale apportare eventuali proposte integrative, è consultabile sull'home page del sito istituzionale www.asp.enna.it. nella sezione Amministrazione Trasparente. Eventuali proposte, riflessioni e contributi potranno essere trasmesse fino al 15/12/2018, utilizzando il modello allegato, al Responsabile della Prevenzione della Corruzione al seguente indirizzo mail: responsabile.anticorruzione@asp.enna.it

Enna 09/11/2018

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione
Dr. Nino Milana

Al Responsabile per la Prevenzione della
Corruzione dell'Azienda Sanitaria di Enna
Vale Diaz 49, Enna
e-mail:
responsabile.anticorruzione@asp.enna.it

**Proposte, integrazioni ed osservazioni per l'aggiornamento del Piano Triennale di
Prevenzione della Corruzione 2017- 2019**

Il/la sottoscritto/a.....
nato/a..... il.....
in qualità di(eventuale).....
in rappresentanza di⁽¹⁾
con sede in.....
telefono.....indirizzo email

Visto

il Piano triennale della Prevenzione della Corruzione della Trasparenza dell'Azienda Sanitaria
Provinciale di Enna 2017/2019, attualmente in vigore,

propone

le seguenti modifiche e/o integrazioni e/o osservazioni (per ciascuna proposta specificare le
motivazioni):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Si autorizza la pubblicazione

Non si autorizza la pubblicazione

SI ALLEGA COPIA DOCUMENTO IDENTITA'

Data _____

Firma

3 _____

¹⁾ Specificare se organizzazione sindacale, associazione di consumatori ed utenti, organizzazioni di categoria ecc.

Modello per acquisizione del consenso

Se l'interessato preferisce esprime oralmente il consenso in sostituzione del modulo in calce alla sottostante parte informativa dovrà essere effettuata una annotazione da parte dell'esercente la professione sanitaria o dell'incaricato dell'organismo sanitario pubblico, annotazione riferita al trattamento di dati effettuato cui il consenso si riferisce.

SERVIZIO SANITARIO REGIONE SICILIA

TITOLARE DEL TRATTAMENTO Dr. Nino Milana

Servizio/struttura Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza
Reparto/presidio

.....
Responsabile del trattamento Anna Farruggio

MODULO PER ESPRIMERE IL CONSENSO

AL TRATTAMENTO DEI DATI SANITARI

Gentile UTENTE,

le chiediamo di leggere la presente informativa e, se lo ritiene (124), di sottoscrivere il modulo di consenso in calce alla stessa, consegnandolo al personale incaricato dell'accettazione dello stesso.. (125).

In relazione ai diritti assicurati dalla vigente disciplina in materia di protezione dei dati personali, la informiamo (126) che:

- 1) La raccolta dei dati avviene in base alle informazioni fornite:
 - da lei direttamente in qualità di interessato, in occasione della richiesta di visita, esame, accertamento diagnostico o altra tipologia di attività di carattere sanitario o in occasione degli interventi di prevenzione di diagnosi e di cura a lei rivolti;
 - da lei direttamente successivamente alla prestazione, senza ritardo, in caso di emergenza sanitaria, rischio grave, imminente ed irreparabile per la sua salute o incolumità fisica;
 - da un terzo che esercita legalmente la patria potestà o da un responsabile, nei casi di impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere e di volere dell'interessato.

Il conferimento dei dati personali non è obbligatorio ma è necessario per l'effettuazione della prestazione. Qualora lei non volesse fornire i dati o prestare il consenso al trattamento dei dati, salvi i casi in cui il codice consente la prestazione successiva del consenso, la prestazione non potrà essere effettuata.

I suoi (127) dati personali idonei a rivelare lo stato di salute vengono utilizzati per finalità di prevenzione e cura delle malattie e tutela della sua salute ed incolumità.

I trattamenti che possono essere svolti avendo ad oggetto i suoi dati sono i seguenti:

-

-

Altri compiti che richiedono lo svolgimento di trattamenti dei dati sono i seguenti (128):

Il trattamento può riguardare anche la compilazione di cartelle cliniche, di certificati e di altri documenti di tipo sanitario, ovvero di altri documenti relativi alla gestione amministrativa la

cui utilizzazione sia necessaria per i fini indicati al punto precedente. Il trattamento può avere per oggetto i dati strettamente pertinenti ai sopra indicati obblighi, compiti o finalità che non possano essere adempiuti o realizzati, caso per caso, mediante il trattamento di dati anonimi o di dati personali di natura diversa, e può comprendere le informazioni relative a stati di salute pregressi.

I trattamenti sono svolti in ossequio ai principi di correttezza e trasparenza, della riservatezza e di ogni altro diritto.

Potranno accedere ai suoi dati personali solo i medici, i dipendenti, i collaboratori e i consulenti previamente incaricati dei trattamenti menzionati:

- specificare i nominativi, nonché altri soggetti designati quali responsabili del trattamento (specificare i nominativi). Il personale di cui sopra è tenuto al segreto. I dati possono essere comunicati, una volta resi anonimi, a fini statistici e di programmazione sanitaria, nei limiti di quanto stabilito dal regolamento regionale sul trattamento dei dati sensibili. I dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale non saranno diffusi. L'archiviazione dei dati suddetti è effettuata tramite sistema ... (specificare se informatico e/o cartaceo).

2) Gli incaricati del Servizio

(specificare incaricati e servizio ...es...accoglienza..p.s...portineria)

di questo ente/azienda/presidio ospedaliero possono fornire a chi ne fa richiesta ed è stato da lei legittimato mediante indicazione nominativa in calce al presente modulo, il suo nominativo (129) (salvo sua richiesta specifica di mantenere l'anonimato) e informazioni relative al suo ricovero o alla sua degenza (130).

3) Gli incaricati possono trasmettere i suoi dati ove ciò sia necessario per l'esecuzione di esami o analisi diagnosticoterapeutiche integrative del percorso di cura, previa manifestazione del suo consenso (che potrà esprimere nel modulo in calce alla presente), nonché alle seguenti categorie di soggetti che svolgono attività connesse o strumentali alla prestazione dei servizi e/o allo svolgimento delle attività sanitarie:

- soggetti che partecipano al percorso di cura: strutture sanitarie esterne (Aziende sanitarie locali, ospedali specificare) e/o strutture sanitarie private, (specificare)
- studi di consulenza legale e assicurativa, (specificare)
- ditte fornitrici di protesi o altro materiale ai fini della fatturazione, (specificare).

4) In caso di suo consenso circa quanto esposto al punto precedente, le si chiede di voler individuare uno o più nominativi a cui i sanitari incaricati possano, su richiesta - previo accertamento dell'identità e della legittimazione del richiedente - fornire notizie relative al suo ricovero, al reparto di degenza, all'effettuazione della prestazione sanitaria;

5) I dati raccolti possono essere resi anonimi e trattati per scopi di ricerca scientifica anche statistica, finalizzata alla

tutela della salute dell'interessato, di terzi o della collettività in campo medico, biomedico epidemiologico. I dati sono organizzati ed archiviati tramite appositi fascicoli/archivi/banche dati, nonché custoditi in maniera tale da assicurare la riservatezza, evitare l'accesso non autorizzato, la distruzione ed ogni utilizzo da parte di estranei, conservati in locali/contenitori chiusi a chiave, per un periodo non superiore a quello necessario per adempiere agli obblighi o ai compiti sopra indicati, ovvero per perseguire le finalità per i quali essi sono stati raccolti o successivamente trattati. I dati trattati con supporti informatici utilizzano software che ne impediscono l'utilizzo a terzi che non siano stati preventivamente autorizzati e sono organizzati in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza (gli archivi di dati sono protetti con codici di accesso e con tutte le misure di sicurezza come disposto dalla normativa).

6) A lei spettano i diritti sanciti dall'art. 7 del d.lgs. n. 196/2003, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; il diritto di avere conoscenza dell'origine dei dati, della finalità e delle modalità del trattamento, della logica applicata al trattamento, degli estremi identificativi del titolare e dei soggetti cui i dati possono essere comunicati; di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati. Nell'esercizio dei menzionati diritti lei può conferire, per iscritto, delega o procura a persone fisiche, enti, associazioni o organismi o farsi assistere da una persona di fiducia. I diritti possono essere esercitati con richiesta rivolta senza formalità al titolare o al responsabile, anche per tramite di un incaricato.

7) Il Titolare del trattamento dei dati personali di cui alla presente Informativa è l'Azienda (sanitaria locale/ospedaliera), con sede in, via, L'ente ha designato quale Responsabile del trattamento, il dott. (indicare il soggetto designato); lo stesso è responsabile del riscontro, in caso di esercizio dei diritti sopra descritti. Le richieste di cui all'art. 7 del codice possono essere formulate anche oralmente.

Le chiediamo di restituire sottoscritta la parte sottostante
Io sottoscritto/a residente a avendo letto e compreso l'informativa che precede dichiaro di prestare libero, consapevole, informato e specifico consenso, in conformità a quanto sopra indicato e più in generale secondo quanto previsto dal d.lgs. n. 169/2003, all'effettuazione trattamenti dei dati - ivi compresi quelli sanitari miei personali - di seguito specificati:

-
-

Specifico che il presente consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa e circoscritto

all'effettuazione dei trattamenti dei dati personali sanitari e sensibili necessari all'effettuazione delle seguenti prestazioni da me richieste e di quelle successivamente necessarie a tutela della mia salute e incolumità fisica:

-
-

Specifico altresì che:

- desidero/non desidero mantenere l'anonimato sul mio (ricovero/degenza);
- alle persone di seguito individuate potranno essere fornite informazioni, da parte del personale incaricato, relativamente all'avvenuto ricovero, al reparto di degenza, all'effettuazione della prestazione sanitaria:
 - specificare eventuale grado di parentela
 - specificare eventuale grado di parentela
- i referti delle indagini cliniche, strumentali e di laboratorio per la tutela della mia salute potranno essere consegnati al mio Medico di Medicina Generale / Pediatra di Libera Scelta (indicare)
- le persone di seguito individuate potranno procedere al ritiro della mia documentazione sanitaria:

1)

.....

2)

.....

Data e luogo

.....

Firma

.....

(124) Se il consenso è espresso in forma orale spetta all'incaricato procedere all'annotazione dello stesso.



(125) Specificare... ad es. il medico al momento della visita..

(126) Specificare se il consenso è richiesto all'utente in qualità di genitore o tutore di un minore o di altro soggetto non grado di esprimere il consenso.....

(127) O del soggetto ricoverato, se diverso.

(128) Specificare, ad esempio: gestione di attività amministrative connesse e strumentali alle prestazioni e agli interventi sanitari di prevenzione di diagnosi e di cura a lei rivolti / altro compito di carattere sanitario e amministrativo strettamente connesso e strumentale alla prestazione sanitaria / adempimento di specifici obblighi o specifici compiti previsti da leggi, dalla normativa comunitaria o da regolamenti, in particolare in materia di igiene e di sanità pubblica, di prevenzione delle malattie professionali e degli infortuni, di diagnosi e cura, ivi compresi i trapianti di organi e tessuti, di riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità fisica e psichica, di profilassi delle malattie infettive e diffusive, di tutela della

07_Modello_acquisizione_consenso.txt

salute mentale, di assistenza farmaceutica, di medicina scolastica e di assistenza sanitaria alle attività sportive o di accertamento, in conformità alla legge, degli illeciti previsti dall'ordinamento sportivo.

(129) Se persona ricoverata presso la strutture di degenza.

(130) Specificare se si tratta di una postazione di pronto Soccorso o di un reparto.

↑