

## CHECK LIST COMPORAMENTI E DISPOSIZIONI PER UNA CORRETTA GESTIONE

### DELLO STUDIO MEDICO DI UN MMG CONVENZIONATO

In ottemperanza al GDPR ( privacy ); obblighi contrattuali ;

disposizioni connesse a legge 81/08 e deontologiche

( Agg,2023)

informativa esposta in sala attesa	Si
documenti, piani terapeutici, dati sensibili, ricettari, timbri in <b>armadi chiusi a chiave</b>	Si <b>Mai espositori in bella vista contenti cartelle cliniche o altri dati sensibili</b>
lettere incarico a tutto il personale	Si
raccolta consenso da tutti i pazienti	Si. <b>puo' essere anche orale annotato in cartella</b> ma deve essere richiamato nella informativa in sala d' attesa  Si – E' necessario sia esplicitato per ogni altro uso come comunicazioni a parenti o terze persone, altri medici, utilizzi di ricerca, piano aziendali di incentivazione ecc.
patto riservatezza con lettera di incarico x responsabilita' trattamento tra colleghi stesso gruppo	Si
diritto del paziente a rifiutare l'inserimento dei suoi dati o singolo dato nel fascicolo elettronico	Si
ricette in sala d'attesa	<b>No – MAI !</b> il garante con nota del 14/11/2014 ha autorizzato i medici a farlo ma <b>in busta chiusa . Sincerarsi che eventuali bacheche o cassette non siano agibili da terzi ma solo eventualmente dal personale di segreteria.</b> il medico resta comunque responsabile nel caso di errata consegna a persona non autorizzata
obbligo di back up dei dati	Si
Farmaci in studio	Si ma <b>SOLO IN ARMADI CHIUSI A CHIAVE E CON VETRATURA OSCURATA</b> verificare rigorosamente la scadenza: è motivo di sanzione la presenza di farmaci scaduti

Farmaci senza fustella (ricevuti magari da pazienti poiché non utilizzati)	NO ! <b>non è assolutamente consentito.</b> Consegnare nelle farmacie che espongono gli appositi contenitori per farmaci scaduti o inutilizzati o nelle discariche
Frigorifero dedicato a farmaci e/o vaccini con apposito termometro per controllo temperatura	SI (è uno degli elementi verificati dalle stesse asl)
cambio password ogni tre mesi	Si
uso stessa password da piu' persone	No
richiesta di compilazione di schede raccolta dati sensibili per associazioni	No
Lettera di incarico quale <b>Amministratore di sistema (per la gestione delle password)</b>	SI
consegna scheda deceduto agli eredi e/o certificazioni postume stato salute deceduto uso assicurativo	Si – solo con espressa richiesta scritta da parte degli eredi aventi diritto (moglie, figli, eredi legittimi). E' bene conservare copia firmata di tali atti consegnati
consegna informazioni a polizia	No – salvo ordine espresso del giudice
comunicazione dati sessuali a genitori di minori	No – se il minore ha compiuto 14 anni ha diritto alla contraccezione ed analisi di igiene sessuale. restano in vigore tutte le normative piu' restrittive (tossicodipendenza, contraccezione, malattie sessualmente trasmissibili)
comunicazione di informazioni a parenti amici	No – salvo consenso espresso e scritto del paziente
consegna di ricette a terzi	No - salvo consenso e delega del paziente – consegnare sempre in busta chiusa
e' possibile usare i dati per ragioni diverse dalla diagnosi e cura senza consenso scritto?	No
e' possibile utilizzare sistemi di archiviazione di dati attraverso cloud?	Si – con apposito contratto scritto
e' obbligatorio un contratto con il gestore del cloud?	Si
il gestore del cloud puo' fare elaborazioni autonome per ragioni non concordate con il medico o cederli a terzi anche elaborati?	No

il medico di famiglia puo' comunicare dati ad un collega?		No, salvo consenso espresso e scritto del paziente: verificare che ciò sia presente nell' informativa e solo per scopo di diagnosi e cura .
il medico puo' usare dati sensibili anonimi per ricerche scientifiche ed epidemiologiche?		No , senza preliminare consenso scritto del paziente
Il medico può inviare documentazione clinica con e-mail?		Si ma SOLO con software web-designer , criptato e/o con pec o altro sistema crittografato
Contratto smaltimento rifiuti		SI ( predisporre fascicolo con tutta la documentazione di studio: affitto, utilizzo, conformità impianto elettrico, etc )
Cartello antifumo esposto in sala d' attesa		si
Estintore antiincendi	Si/no	La norma lo rende obbligatorio ( seppure esistano interpretazioni meno restrittive) in caso di studio medico con dipendente ( personale di segreteria)
Adozione DPI da parte di tutti		Obbligatorio negli studi medici fino al 30 aprile
Esposizione cartello con orari studio e forma associativa		Si DEVE essere esposto
Contratto segretaria di studio		SI
Contratti e licenze di uso relative allo studio		SI predisporre apposito fascicolo contenente tali contratti



**FAC SIMILE LETTERA DI INCARICO QUALE  
"RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO DATI"  
AI SENSI DPGR ET DLGS 196/2003**

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

**NOMINA QUALE RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO  
DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

il DR/DR.SSA ..... nato/a a ..... il ..... e residente a ..... Via ..... CF:.....

Nella qualifica e per i doveri e obblighi derivanti dalla presente nomina , 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, e vigilare sulla corretta conservazione degli stessi.

b) dovranno essere rispettate le misure di sicurezza comunicate e predisposte dal titolare;

c) adempiere alla comunicazione dei dati ai soggetti esterni nelle forme previste dal consenso e dalla informativa solo previa preventiva autorizzazione da parte del titolare.

d) Le informazioni e i dati personali e di salute già archiviati e presenti in cartella non potranno essere modificate o cancellate senza espressa dichiarazione del Titolare.

e) l' accesso ai dati ed alla registrazione dei dati deve essere limitato a quanto effettivamente previsto nei compiti correlati alle funzioni contrattuali e o di esercizio in essere.

f) l' accesso ai dati è consentito o solo in orario di lavoro o per espressa deroga del Titolare.

g) l' accesso ai dati ed alla postazione informatizzata è consentito solo attraverso propria utenza e password che dovrà essere diligentemente conservata e regolarmente sostituita.

h) Il Responsabile , in qualità di sostituto del titolare, quale Medico .....potrà inserire diligentemente tutte i dati forniti liberamente dal paziente e necessari a completare ed aggiornare sia il diario clinico che la registrazione delle patologie o altri dati clinici utili ed indispensabili alla continuità dell' assistenza ed alla presa in carico del paziente.

h) l' Incaricato dovrà osservare il segreto su qualsiasi informazione , notizia ,dato clinico e personale del quale può essere venuto a conoscenza nel corso del presente incarico, anche a seguito di cessazione del presente incarico.

Data .....

**FIRMA DEL TITOLARE**

**Firma dell'Incaricato**



# Sindacato dei Medici Italiani

Regione Lazio

**FAC SIMILE LETTERA DI INCARICO QUALE  
"INCARICATO DEL TRATTAMENTO DATI"  
AI SENSI DPGR ET DLGS 196/2003**

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

**NOMINA QUALE INCARICATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

il signor/a ..... nato/a a ..... il ..... e residente a ..... Via  
..... CF:.....

Nella qualifica e per i doveri e obblighi derivanti dalla presente nomina , 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, e vigilare sulla corretta conservazione degli stessi.
- b) dovranno essere rispettate le misure di sicurezza comunicate e predisposte dal titolare;
- c) adempiere alla comunicazione dei dati ai soggetti esterni nelle forme previste dal consenso e dalla informativa solo previa preventiva autorizzazione da parte del titolare.
- d) Le informazioni e i dati personali e di salute già archiviati e presenti in cartella non potranno essere modificate o cancellate senza espressa dichiarazione del Titolare.
- e) l' accesso ai dati ed alla registrazione dei dati deve essere limitato a quanto effettivamente previsto nei compiti correlati alle funzioni contrattuali e o di esercizio in essere.
- f) l' accesso ai dati è consentito o solo in orario di lavoro o per espressa deroga del Titolare.
- g) l' accesso ai dati ed alla postazione informatizzata è consentito solo attraverso propria utenza e password che dovrà essere diligentemente conservata e regolarmente sostituita.
- h) l' Incaricato dovrà osservare il segreto su qualsiasi informazione , notizia ,dato clinico e personale del quale può essere venuto a conoscenza nel corso del presente incarico, anche a seguito di cessazione del presente incarico.

Data .....

FIRMA DEL TITOLARE

Firma dell'Incaricato



## FAC SIMILE CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI

*(In genere tutti i gestionali utilizzati per la raccolta dei dati clinici e l'elaborazione delle ricette elettroniche, sia privati che istituzionali, predispongono propri moduli di consenso. Il presente ha solo finalità esemplificative e non esaustive)*

Il sottoscritto .....nato a.....il.....  
residente in.....Via.....cap.....Località.....  
dichiara di essere stato esaustivamente e chiaramente 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 mia salute;

2 i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (medici sostituti, laboratorio analisi, medici specialisti, aziende ospedaliere, case di cura private e fiscalisti, ministero Finanze, Enti pubblici quali INPS, Inail etc) o che possono venire 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 e/o la limitazione nell'utilizzo degli stessi;

4 il nome del medico titolare del trattamento dei dati personali ed i suoi dati di contatto;

5 la necessità di fornire dati richiesti per poter ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate e la fruizione dei servizi sanitari secondo la attuale disciplina .

Data

Esprimo quindi il mio libero e consapevole consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente a fini di diagnosi, cura, riabilitazione e prevenzione al Dr....., Titolare del trattamento dei dati medesimi.

Firma dell'interessato

Prot.486/2018

**INFORMATIVA AI PAZIENTI**  
**(Ai sensi Art.13 GDPR et Dlgs 196/2003)**

Gentili signori,

*desidero informarvi che i vostri dati sono utilizzati solo per svolgere attività necessarie per attività di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione o per altre prestazioni da voi richieste, sia farmaceutiche che specialistiche, correlate ad esigenze di salute.*

*Io sottoscritto/a Dr./Dr.a .....Qualifica..... indirizzo Mail di contatto.....Cell di contatto.....assumo la qualifica di TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, che Voi avete deciso liberamente, chiaramente e consapevolmente scelto di fornirmi, dopo aver letto la presente informativa.*

*Si tratta dei dati forniti da voi stessi o che sono acquisiti altrove, ma con il vostro consenso, ad esempio in caso di ricovero o di risultati di esami clinici.*

*I vostri dati personali e di salute sono raccolti al solo fine di ottemperare a quanto richiesto dal mio ruolo e dalle mie funzioni di : ( evidenziare o indicare solo la qualifica adatta)*

- *Medico di Medicina Generale,*
- *Pediatra di libera scelta;*
- *Specialista in .....*
- *Altro*

*Quanto sopra , in accordo e come disciplinato dal Contratto Nazionale di Categoria e come governato dal Codice Deontologico dei Medici Chirurghi, in ottemperanza dei LEA, che ne costituiscono Base giuridica per il trattamento medesimo.*

*Anche in caso di uso di utilizzo di computer, adotto misure di protezione per garantire la conservazione e l'uso corretto dei dati anche da parte dei miei collaboratori, nel rispetto del segreto professionale. Sono tenuti a queste cautele anche i professionisti (i sostituti, il /lo specialista )che possono conoscerli per necessità di consultazione e confronto, dietro vostro espresso consenso.*

*I dati non sono comunicati a terzi, tranne quando sia previsto dalla legge.*

*Si possono fornire informazioni sul vostro stato di salute a familiari e conoscenti solo su vostra espressa indicazione.*



*I vostri dati personali saranno custoditi e conservati per tutto il periodo di cura e trattamento che voi sceglierete di porre in atto con il/la sottoscritta, e in osservanza dei limiti previsti per la conservazione dei dati clinici e cartelle cliniche e/o patient summary.*

*In qualunque momento potrete conoscere i dati che vi riguardano, sapere come sono stati acquisiti, verificare se sono esatti, completi, aggiornati e ben custoditi, e far valere i vostri diritti al riguardo, chiederne la cancellazione o la limitazione nell' utilizzo dei medesimi.*

*Per ogni ulteriore attività da svolgere nel vostro interesse, o per finalità scientifiche o di ricerca sarà mia cura informarvi in modo più preciso*

Data e Firma del medico

Prot.487/2018

**RACCOMANDAZIONI PER ESSERE IN REGOLA CON  
IL GDPR E IL DLGS 196/2003 ET SUCC MODIFICHE:**

- HAI ESPOSTO L' INFORMATIVA ADEGUATA IN SALA D' ATTESA?** **Si NO**
- CUSTODISCI IN ARMADI CHIUSI A CHIAVE TUTTI I DATI PERSONALI, SENSIBILI ,DI SALUTE ( REFERTI CLINICI, PIANI TERAPEUTICI ETC)?** **Si NO**
- HAI LETTERA DI INCARICO PER IL /GLI INCARICATI DEL TRATTAMENTO (SEGRETARIA, ETC)?** **Si NO**
- HAI LETTERE DI INCARICO PER IL/I RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO?** **Si NO**
- TUTTI I COMPONENTI DELLA TUA UCP O FORMA ASSOCIATIVA HANNO LA LETTERA DI INCARICO COME RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO?** **Si NO**
- HAI RACCOLTO IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI?** **Si NO**
- IN FORMA SCRITTA ? ( FACOLTATIVO)**
- HAI REGISTRATO IL CONSENSO SU UN GESTIONALE?** **Si NO**
- NEL CONSENSO HAI SPECIFICATO CHI PUO' RICEVERE INFORMAZIONI SUL SUO STATO DI SALUTE O RITIRARE RICETTE O RICHIESTE O ALTRO ( PARENTI, BADANTI ETC)?** **Si NO**
- IN CASO DI FSE IL PAZIENTE HA REGISTRATO LA SUA ADESIONE VOLONTARIA O IL SUO RIFIUTO?** **Si NO**
- NEL CONSENSO HAI ESPLICITATO LA POSSIBILITÀ PER IL PAZIENTE DI OSCURARE ALCUNI DATI E LIMITARNE L'UTILIZZO?** **Si NO**
- OGNI COMPUTER è PROTETTO DA PASSWORD E NOME UTENTE PER OGNI SOGGETTO CHE VI ACCEDE?** **Si NO**
- (verifica che all' accensione del pc vi siano diversi profili di accesso per ognuno dei professionisti o segretari che lo utilizzano ed un profilo per accessi occasionali la cui password e nome utente sia nota all' amministratore di sistema, che puoi essere tu stesso o un tuo tecnico appositamente incaricato)*
- IL TUO GESTIONALE ( data base che usi per effettuare ricette o raccogliere i dati clinici) è PROTETTO DA PASSWORD E NOME UTENTE PER OGNI SOGGETTO CHE VI ACCEDE?** **Si NO**

**HAI UN AMMINISTRATORE DI SISTEMA ?( PUOI NOMINARE TE STESSO AMMINISTRATORE DI SISTEMA PER LA CONSERVAZIONE DELLE PASSWORD E LA GESTIONE DELLA POSTAZIONE DI ACCESSO OCCASIONALE AL PC)** **Si NO**

**EFFETTUI IL CAMBIO PASSWORD E IL BACK UP DEI DATI REGOLARMENTE?****Si NO**

**CONSERVI LE RICETTE PRONTE PER LA CONSEGNA AI PAZIENTI IN MANIERA SICURA?** ( no in sala d' attesa, solo in busta chiusa, e non facilmente accessibili a chiunque) **Si NO**

**LA POSTAZIONE INFORMATICA O CARTACEA DI PRIMO RIFERIMENTO PER I PAZIENTI GARANTISCE DISTANZE DI SICUREZZA?** ( evitare assembramenti intorno al desk delle segretarie o dell' accoglienza con appositi cartelli e istruzioni del personale) **Si NO**

**CUSTODISCI FARMACI O CAMPIONI DI FARMACI IN LUOGHI CHIUSI A CHIAVE E OSCURATI?** **Si NO**

**UTILIZZI UN CLOUD COME SISTEMA DI ARCHIVIAZIONE O PER LA CONSULTAZIONE DEI DATI PERSONALI DEI PAZIENTI TRA RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO?** ( ALL' INTERNO DI UNA FORMA ASSOCIATIVA O UCP) **Si NO**

**HAI UN APPOSITO CONTRATTO CON IL GESTORE DEL CLOUD?** **Si NO**

**UTILIZZI DATI PERSONALI PER FINALITA' DIVERSE DA QUELLE INDICATE NELL' INFORMATIVA?** **Si NO**

*Quanto sopra costituisce un ausilio per la verifica dell' adeguamento ai requisiti di sicurezza previsti dal GDPR e dal Dlgs 196/2003 e deve essere attentamente analizzato sulla base della propria organizzazione del lavoro e caratteristiche del proprio studio e forma associativa.*