

REGOLAMENTO INTERNO PER IL RILASCIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

PREMESSA

La cartella clinica è un documento finalizzato all'esercizio di un pubblico servizio e, in quanto tale, costituisce un bene patrimoniale indisponibile ai sensi dell'articolo 830 del Codice Civile.

Essa è costituita da più documenti che registrano un insieme di informazioni eterogenee, comprendenti dati anagrafici, sociali e sanitari. La cartella clinica ha lo scopo di tracciare il percorso diagnostico-terapeutico del paziente, con la finalità di predisporre i necessari interventi terapeutici, consentendo altresì l'effettuazione di indagini scientifiche, statistiche e medico-legali.

Il Direttore della Struttura complessa è responsabile della regolare compilazione della cartella clinica e della sua conservazione fino alla consegna all'archivio della Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero, che deve avvenire entro 48 ore dalla dimissione del paziente.

La conservazione delle cartelle cliniche avviene sotto la responsabilità del Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero, che gestisce l'archivio sanitario assicurando, in ossequio alla legge 24/2017, **il rilascio** agli aventi diritto di copia della documentazione sanitaria **nei 7 giorni successivi alla richiesta, fatti salvi i termini eventualmente necessari per verificare la legittimazione del richiedente medesimo.**

CHI E COME PUÒ RICHIEDERE LA CARTELLA CLINICA

Il diretto interessato – Compilando il modulo 1 e allegando copia di un documento di identità in corso di validità. Il ritiro può essere effettuato direttamente ovvero delegando altra persona, purché maggiorenne, mediante la compilazione del modulo 2 e allegando copia di un documento di identità in corso di validità, sia del delegante che del delegato. E' possibile, inoltre, richiedere la spedizione in contrassegno postale indicandolo esplicitamente nell'istanza.

Soggetti diversi dall'interessato

Incapacità di intendere e di volere – Nel caso di paziente interdetto per grave infermità (art. 414 CC) ovvero inabilitato per infermità di mente (art. 415 CC) la richiesta può essere inoltrata dal Tutore o Curatore. Quest'ultimo, per essere legittimamente autorizzato all'accesso, deve produrre certificazione idonea ad attestare il proprio stato (dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, recante gli estremi dell'atto di affidamento del tribunale). In alternativa, al momento del rilascio il funzionario potrà accertare la legittimazione all'accesso dalla sentenza, dalla quale si evincano i motivi e l'identità del Tutore o Curatore. (Modulo 3).

Impossibilità a provvedere ai propri interessi – In tale fattispecie la cartella clinica potrà essere richiesta dall'Amministratore di sostegno, nominato ai sensi della L. 6 del 09/01/2004, previa esibizione di idonea documentazione attestante il proprio stato (copia del decreto di nomina del Giudice Tutelare).

Analfabeta o non in grado di firmare – Nel caso in cui l'interessato sia analfabeta o non in grado di firmare, l'addetto allo sportello apporrà sull'istanza la dicitura "persona non in grado di



firmare”, seguita dagli estremi del documento d’identità del richiedente, dal proprio numero di matricola e dalla propria firma leggibile.

Familiari del defunto – In virtù di quanto disposto dall’articolo 9, comma 3, del D. Lgs. 30 giugno 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) il diritto di accesso ai dati personali di persone decedute può essere esercitato da coloro i quali abbiano un interesse proprio, ovvero agiscano a tutela dell’interessato, o per ragioni familiari meritevoli di protezione da parte dell’ordinamento. Pertanto, in presenza di tali presupposti, l’accesso agli atti della cartella clinica di un parente defunto può essere esercitato anche soltanto da alcuni degli eredi e non è, dunque, necessario acquisire il preventivo e unanime consenso di eventuali altri coeredi. (Tar Lazio Sentenza 535/2003; TAR Sicilia, Catania – Sez. IV Sentenza del 17 novembre 2007 n. 1877; Provvedimento del 12 gennaio 2012 del Garante per la protezione dei dati personali).

Conseguentemente, la copia della documentazione sanitaria del paziente defunto potrà essere richiesta (Modulo 4) anche disgiuntamente dagli eredi legittimi dello stesso (articolo 536 CC): coniuge, figli legittimi, figli naturali, in mancanza dei predetti dagli ascendenti legittimi, nonché dagli eredi testamentari. Il richiedente dovrà produrre dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà (modello 5) attestante il suo stato di erede legittimo e il grado di parentela con il defunto.

Paziente minorenni – Nel caso di paziente minorenni la copia della documentazione sanitaria può essere richiesta da ciascuno dei genitori esercenti la potestà genitoriale, previa attestazione del proprio stato (Modulo 6).

Condizioni particolari:

- I genitori separati o divorziati possono richiedere la documentazione anche disgiuntamente, salvo provvedimenti limitativi da parte dell’A.G. o del Tribunale dei Minori;
- Quando il minore, ai sensi della L. 184/83 è affidato temporaneamente ad altre persone, a comunità, ai servizi sociali territoriali, gli affidatari e i genitori biologici possono chiedere copia della documentazione sanitaria esibendo il documento di affidamento del minore da parte dell’A.G. o del Tribunale dei Minori, salvo che non vi siano specifiche limitazioni disposte dal Giudice.
- Quando i genitori sono decaduti dalla potestà genitoriale (art. 330 CC) non hanno diritto ad avere copia della documentazione sanitaria e non possono essere informati sulle condizioni di salute del figlio/a.
- Quando il minore è adottato o è stato dichiarato adottabile dal Tribunale dei Minori, i genitori biologici non hanno diritto ad avere copia della documentazione sanitaria e non possono essere informati sulle condizioni di salute del figlio/a. I genitori adottanti possono richiedere copia della documentazione sanitaria, esibendo il documento che certifichi l’adozione, ovvero producendo idonea dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà.
- Quando il minore è in stato di affidamento preadottivo, copia della documentazione sanitaria può essere richiesta dagli affidatari previa esibizione del provvedimento del Giudice Tutelare. Qualora dalla suddetta documentazione risultasse la paternità e/o



la maternità originaria, quest'ultima non può essere resa nota a nessuno, salvo diversa disposizione dell'A.G.

- Il minore emancipato può chiedere copia della documentazione sanitaria che lo riguarda, previa esibizione di idonea certificazione, ovvero producendo idonea dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante tale stato, sottoscritta dall'interessato con l'assistenza del curatore.

Autorità Giudiziaria, Avvocati, Consulenti di parte – L'ordine di esibizione e/o di acquisizione della documentazione sanitaria da parte dell'Autorità Giudiziaria deve essere eseguito dai soggetti che hanno in custodia la documentazione medesima, dandone comunicazione alla Direzione Medica di Presidio alla quale, in ogni caso, occorrerà trasmettere successivamente copia della richiesta e del verbale di acquisizione/sequestro della documentazione.

I periti nominati dall'A.G. hanno diritto ad accedere alla documentazione sanitaria specificamente indicata nel decreto di nomina, previa esibizione del decreto medesimo.

Gli Avvocati possono accedere alla documentazione sanitaria a seguito di specifica delega da parte dell'interessato.

Polizia Giudiziaria - La polizia giudiziaria che intervenga in via autonoma prima di riferire al Pubblico Ministero entro 48 ore dalla notizia di reato o su delega dell'A.G. può ottenere copia della documentazione sanitaria.

In ogni caso, la richiesta deve essere acquisita per iscritto e dovrà indicare:

1. la tipologia di intervento (entro 48 ore dalla notizia di reato o su delega dell'A.G.)
2. l'autorità giudiziaria delegante,
3. le generalità dell'ufficiale di Polizia giudiziaria richiedente.

Autorità Sanitaria – Il Ministero della Salute, l'Assessorato Regionale alla Salute e il Sindaco possono ottenere copia della documentazione sanitaria per comprovate necessità di sanità pubblica, che saranno indicate specificamente nella richiesta. INAIL e INPS possono chiedere copia della cartella clinica nell'ambito dell'attività istituzionale e nei limiti imposti dalla normativa vigente (art. 94, c. 3, del D.P.R. 30.6.1965 n. 1244). Il Medico curante e la RSA, presso la quale il paziente trovasi ricoverato, possono ottenere copia della documentazione sanitaria a seguito di specifica delega dell'interessato.

Soggetti terzi con interesse giuridicamente rilevante – La documentazione sanitaria ha carattere strettamente personale ma eventuali richieste di presa visione o rilascio da parte di soggetti diversi dall'interessato possono essere accolte, in tutto o in parte, se la richiesta è giustificata dalla documentata necessità di far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria ai sensi dell'art. 26, comma 4 lettera c) del Codice (quando il trattamento è necessario ai fini dello svolgimento delle investigazioni difensive di cui alla legge 7 dicembre 2000, n. 397, o, comunque, per far valere o difendere in sede giudiziaria un diritto, sempre che i dati siano trattati esclusivamente per tali finalità e per il periodo strettamente necessario al loro perseguimento. Se i dati sono idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, il diritto deve essere di rango pari a



quello dell'utente interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile) di rango pari a quello dell'utente interessato ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile.

Investigatori privati – Copia conforme della documentazione sanitaria può essere rilasciata ad agenzie di investigazione privata, purché in possesso di licenza prefettizia di autorizzazione allo svolgimento di attività investigativa con le modalità e le limitazioni previste dall'autorizzazione n. 6/2014 del Garante per la protezione dei dati personali. La documentazione, pertanto, potrà essere rilasciata unicamente per l'espletamento dell'incarico conferito per iscritto all'agenzia investigativa da parte di un difensore ovvero da parte di una compagnia assicurativa. Il trattamento può riguardare i dati sensibili di cui all'articolo 4, comma 1, lettera d) del Codice, qualora ciò sia strettamente indispensabile per eseguire specifici incarichi conferiti per scopi determinati e legittimi nell'ambito delle finalità proprie delle agenzie investigative, che non possono essere adempiute mediante il trattamento di dati anonimi o di dati personali di natura diversa. I dati devono, infine, essere pertinenti e non eccedenti rispetto agli incarichi conferiti.

DOVE RICHIEDERE COPIA CONFORME DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA RELATIVA AL RICOVERO

Il rilascio della copia della documentazione sanitaria avviene soltanto a seguito di richiesta scritta e previa verifica del diritto d'accesso.

La richiesta deve essere prodotta con le seguenti modalità:

1. Presso gli uffici cartelle cliniche delle Direzioni Sanitarie di Presidio nei giorni da lunedì a venerdì dalle 8,30 alle 13,30 e nei giorni di martedì e giovedì dalle 15,30 alle 17,00.
2. A mezzo fax o posta elettronica ai seguenti contatti
 - a. Ospedale di Partinico – fax 0918911165 – mail: popartinico@pec.asppalermop.org
 - b. Ospedale di Corleone – fax 0918450112 – mail: dirsancorleone@asppalermo.org
 - c. Ospedale Ingrassia – fax 0917033766/3621 – mail: po.ingrassia@pec.asppalermo.org
 - d. Villa delle Ginestre – fax 0916743135 – mail: villadelleginestre.pec@asppa.it
 - e. Ospedale di Termini Imerese – fax 0918151228 – mail: pocimino.pec@asppalermo.it
 - f. Ospedale di Petralia – fax 0921682074 – mail: dirsanpetralia@asppalermo.org

QUANTO COSTA

- € 10,33 per ogni ricovero
- € 0,16 per ogni referto e/o allegato

N.B. Il pagamento deve essere effettuato presso la cassa ticket del Presidio Ospedaliero

MODULO DI RICHIESTA COPIA CONFORME DELLA CARTELLA CLINICA

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (prov. _____)
 il _____, residente a _____ (prov. _____) in
 Via _____ n. _____ CAP _____
 Documento d'identità n. _____ rilasciato da _____ il _____

chiede il rilascio di copia della cartella clinica del/i seguente/i ricovero/i

Cognome e Nome	Reparto dimissione	Data dimissione	Data nascita	Numero copie

La documentazione è richiesta per

- Uso proprio
- Uso medico
- Uso assicurativo
- Altro _____

La cartella clinica verrà

- Ritirata personalmente
- Ritirata da persona delegata (allegare delega)
- Spedita in contrassegno all'indirizzo sopra indicato oppure:

Dichiaro, altresì, di essere informato che, ai sensi del D. Lgs.196/03, i dati personali contenuti nella presente istanza saranno trattati esclusivamente al fine dell'evasione della richiesta stessa in forma cartacea e/o informatica in modo da assicurare la tutela del diritto alla riservatezza.

Partinico,

Il Richiedente _____

Documentazione ritirata il _____ da _____ Documento _____

Firma per ricevuta _____



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(art. 47, d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445)
resa dal genitore o dal tutore

Il sottoscritto
(Cognome e nome)

nato a (.....), il
(Comune) (Prov.)

residente a (.....) via n.
(Comune) (Prov.)

sotto la propria responsabilità e a conoscenza delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

di esercitare la potestà genitoriale sul minore:

.....

Nato a il

residente a Via n.

di essere il Tutore/Curatore, l'Amministratore di sostegno (allegare copia del provvedimento) di

.....

Nato a il

Residente a Via n.

IL DICHIARANTE

.....
(luogo e data)

Ai sensi dell'art. 38 d.p.r. n. 445/2000 la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione in quanto:

o Inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'Ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta;

OPPURE

o La dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto.

estremi documento di riconoscimento (o attestazione conoscenza personale).....

.....
(firma del dipendente)

Alla Direzione Medica del P.O.

Il sottoscritto
(Cognome e nome)

nato a (.....), il
(Comune) (Prov.)

residente a (.....) via n.
(Comune) (Prov.)

DELEGA

Il Sig./ra
(Cognome e nome)

nato/a a (.....), il
(Comune) (Prov.)

residente a (.....) via n.
(Comune) (Prov.)

al ritiro della seguente documentazione sanitaria

Allega a tal fine copia del proprio documento d'identità e del documento d'identità del delegato, entrambi in corso di validità.

IL DICHIARANTE

.....
(luogo e data)

.....

**MODULO DI RICHIESTA COPIA CONFORME DELLA CARTELLA CLINICA DEL
PAZIENTE DECEDUTO**

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (prov. _____)
 il _____, residente a _____ (prov. _____) in
 Via _____ n. _____ CAP _____
 Documento d'identità n. _____ rilasciato da _____ il _____

chiede, nella qualità di erede legittimo/erede testamentario il rilascio della seguente documentazione clinica, relativa al Sig./ra _____, nato/a a _____ il _____ e deceduto/a il _____ a _____ (allegare copia del certificato di morte).

Descrizione documento richiesto	Reparto dimissione	Data dimissione/referto	Numero del referto	Numero copie

La cartella clinica verrà

- Ritirata personalmente
- Ritirata da persona delegata (allegare delega)
- Spedita in contrassegno all'indirizzo sopra indicato oppure:

Dichiaro, altresì, di essere informato che, ai sensi del D. Lgs.196/03, i dati personali contenuti nella presente istanza saranno trattati esclusivamente al fine dell'evazione della richiesta stessa in forma cartacea e/o informatica in modo da assicurare la tutela del diritto alla riservatezza.

Partinico,

Il Richiedente

Documentazione ritirata il _____ da _____ Documento _____

Firma per ricevuta _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÁ
(art. 47, d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445)
resa dall'erede legittimo/testamentario

Il sottoscritto
(Cognome e nome)

nato a (.....), il
(Comune) (Prov.)

residente a (.....) via n.
(Comune) (Prov.)

sotto la propria responsabilità e a conoscenza delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

- di essere erede legittimo (allegare autocertificazione dello stato di famiglia) di
- unico erede (allegare autocertificazione dello stato di famiglia) di
- di essere erede testamentario di

.....
Nato a il

Residente a Via n.

Si allega delega sottoscritta da tutti gli eredi.

IL DICHIARANTE

.....
(luogo e data)

Ai sensi dell'art. 38 d.p.r. n. 445/2000 la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione in quanto:

- o Inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'Ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta;

OPPURE

- o La dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto.

estremi documento di riconoscimento (o attestazione conoscenza personale).....

.....
(firma del dipendente)



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÁ
(art. 47, d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto
(Cognome e nome)

nato a (.....), il
(Comune) (Prov.)

residente a (.....) via n.
(Comune) (Prov.)

sotto la propria responsabilità e a conoscenza delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

Che la propria famiglia residente in (Comune).....

Via/Piazza.....

è così composta (Cognome, Nome, Data e luogo di nascita, Grado di parentela):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

IL DICHIARANTE

.....
(luogo e data)

.....



MODULO RICHIESTA COPIA CONFORME DEL REFERTO DI PRONTO SOCCORSO

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (prov. _____)
il _____, residente a _____ (prov. _____) in
Via _____ n. _____ CAP _____
Documento d'identità n. _____ rilasciato da _____ il _____

chiede il rilascio di copia del/i seguente/i referto/i di Pronto Soccorso

Cognome e Nome	Numero referto	Data referto	Data nascita	Numero copie

La documentazione è richiesta per

- Uso proprio
- Uso medico
- Uso assicurativo
- Altro _____

La cartella clinica verrà

- Ritirata personalmente
- Ritirata da persona delegata (allegare delega)
- Spedita in contrassegno all'indirizzo sopra indicato oppure:

Dichiaro, altresì, di essere informato che, ai sensi del D. Lgs.196/03, i dati personali contenuti nella presente istanza saranno trattati esclusivamente al fine dell'evasione della richiesta stessa in forma cartacea e/o informatica in modo da assicurare la tutela del diritto alla riservatezza.

Partinico,

Il Richiedente

Documentazione ritirata il _____ da _____ Documento _____

Firma per ricevuta _____



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÁ
(art. 47, d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445)
resa dal genitore o dal tutore

Il sottoscritto
(Cognome e nome)

nato a (.....), il
(Comune) (Prov.)

residente a (.....) via n.
(Comune) (Prov.)

sotto la propria responsabilità e a conoscenza delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

- di esercitare la potestà genitoriale sul minore:

.....

Nato a il

residente a Via n.

- di essere il Tutore/Curatore, l'Amministratore di sostegno (allegare copia del provvedimento) di:

.....

Nato a il

Residente a Via n.

IL DICHIARANTE

.....
(luogo e data)

Ai sensi dell'art. 38 d.p.r. n. 445/2000 la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione in quanto:

- o Inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'Ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta;

OPPURE

- o La dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto.

estremi documento di riconoscimento (o attestazione conoscenza personale).....

.....
(firma del dipendente)

MODULO DI RICHIESTA IN VISIONE DI LASTRE RADIOGRAFICHE

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (prov. _____)
 il _____, residente a _____ (prov. _____) in
 Via _____ n. _____ CAP _____
 Documento d'identità n. _____ rilasciato da _____ il
 _____,

chiede in visione la/e lastra/e radiografica/che eseguita/e nel corso del/i ricovero/i seguente/i, impegnandosi a restituirle entro giorni 3 (tre)

Cognome e Nome	Reparto dimissione	Data dimissione	Data nascita

La documentazione è richiesta per

- Uso proprio
- Uso medico
- Uso assicurativo
- Altro _____

La cartella clinica verrà

- Ritirata personalmente
- Ritirata da persona delegata (allegare delega)
- Spedita in contrassegno all'indirizzo sopra indicato oppure:

Dichiaro, altresì, di essere informato che, ai sensi del D. Lgs.196/03, i dati personali contenuti nella presente istanza saranno trattati esclusivamente al fine dell'evasione della richiesta stessa in forma cartacea e/o informatica in modo da assicurare la tutela del diritto alla riservatezza.

Partinico,

Il Richiedente

Documentazione ritirata il _____ da _____ Documento _____

Firma per ricevuta _____



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÁ
(art. 47, d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445)
resa dal genitore o dal tutore

Il sottoscritto
(Cognome e nome)

nato a (.....), il
(Comune) (Prov.)

residente a (.....) via n.
(Comune) (Prov.)

sotto la propria responsabilità e a conoscenza delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

- di esercitare la potestà genitoriale sul minore:

.....

Nato a il

residente a Via n.

- di essere il Tutore/Curatore, l'Amministratore di sostegno (allegare copia del provvedimento) di:

.....

Nato a il

Residente a Via n.

IL DICHIARANTE

.....
(luogo e data)

Ai sensi dell'art. 38 d.p.r. n. 445/2000 la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione in quanto:

- o Inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'Ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta;

OPPURE

- o La dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto.

estremi documento di riconoscimento (o attestazione conoscenza personale).....

.....
(firma del dipendente)