

INFORMATIVA RESA AI SENSI DEGLI ARTICOLI 13-14 DEL RGPD 2016/679 (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI) PER IL TRATTAMENTO DEI DATI RACCOLTI NELLA BANCA DATI REGIONALE PER LE DAT

Gentile Signore/a,

la Regione Toscana e le Aziende sanitarie della Toscana, compreso la Fondazione Monasterio e ISPRO, in qualità di titolari del trattamento dei dati da Lei forniti, in relazione alla consegna, in qualità di disponente delle Sue disposizioni anticipate di trattamento (DAT), o in qualità di fiduciario/a nominato/a dallo stesso/a disponente, La informano di quanto segue.

1. Oggetto del trattamento

Le Disposizioni anticipate di trattamento (DAT) sono le disposizioni con cui ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di una eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari.

Il/la disponente può indicare nelle DAT una persona di sua fiducia, di seguito denominata fiduciario/a, che deve essere maggiorenne e capace di intendere e di volere, affinché lo rappresenti nelle relazioni con il medico e le strutture sanitarie qualora egli versi in condizioni in cui non può più autodeterminarsi.

Il fiduciario/a accetta la nomina da parte del/la disponente sottoscrivendo le DAT o con un atto successivo che è allegato alla DAT.

Le DAT, firmate dal/la disponente, sono redatte per scrittura privata, in forma libera.

Nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, le DAT possono essere espresse attraverso videoregistrazione o per mezzo di altri dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare secondo le modalità di cui alla DGR 16/2020

La Regione Toscana ha disciplinato la raccolta delle Disposizioni anticipate di trattamento (DAT), istituite con la legge 219/2017, con la DGR 16/2020.

Inoltre con DM 168 del 10.12.2019 il Ministero della Salute ha disciplinato la banca dati nazionale DAT.

2. Finalità del Trattamento

Le finalità della Banca dati regionale delle DAT1 sono:

- effettuare a livello regionale la raccolta di copia delle DAT di cui all'articolo 4 della legge n.219 del 2017 e garantirne il tempestivo aggiornamento in caso di rinnovo, modifica o revoca;
- garantire l'alimentazione e l'interoperabilità della banca dati regionale con quella nazionale secondo le specifiche indicate dal Ministero della salute ex DM 168 del 10.12.2019, assicurando la piena accessibilità delle stesse al/la disponente, all'eventuale fiduciario/a dallo stesso nominato/a e al medico che ha in cura il/la disponente incapace di autodeterminarsi.

3. Tipologia dati

All'atto della formazione, consegna o ricezione della DAT, i soggetti abilitati alla trasmissione della stessa alla banca dati nazionale, indicati di seguito al punto 5), trasmettono:

- a) i dati anagrafici e di contatto del/la disponente e del fiduciario/a, ove indicato, inclusa l'attestazione dell'accettazione della nomina da parte del fiduciario/a;
- b) il consenso del/la disponente alla trasmissione di copia della DAT presso la Banca dati nazionale o, in caso non si voglia renderla disponibile nella banca dati nazionale, l'indicazione di dove la stessa è reperibile;
- c) la copia della DAT, ove il/la disponente abbia prestato il consenso alla trasmissione.

4. Titolarità dei Trattamenti dati

La Regione Toscana effettua in qualità di Titolare, limitatamente a quanto necessario rispetto al perseguimento delle finalità previste al punto 2 della presente informativa, i seguenti trattamenti dei dati forniti dal/la disponente e dal/la fiduciario/a (se indicato/a):

- conservazione di copia delle DAT compresa l'indicazione del fiduciario/a se nominato/a, o l'indicazione del luogo dove la DAT è reperibile, nella banca dati regionale DAT;
- attività volte a garantire l'interoperabilità della banca dati regionale con quella nazionale secondo le specifiche indicate dal Ministero della salute;
- conservazione del consenso all'alimentazione della banca dati nazionale DAT;
- conservazione del consenso alla ricezione di informazioni tramite l'indirizzo di posta elettronica fornito dal/la disponente;
- controllo degli accessi derivanti dalla gestione dell'infrastruttura tecnologica (system Administrator);
- accesso in fase di assistenza (Help desk) su richiesta delle aziende sanitarie.

Le Aziende sanitarie, la Fondazione Monasterio e ISPRO effettuano, in qualità di autonomi Titolari, limitatamente a quanto necessario rispetto al perseguimento delle finalità previste al punto 2 della presente informativa, i seguenti trattamenti:

- raccolta sostituzione e revoca di copia della DAT compresa l'indicazione del fiduciario/a se nominato/a, o l'indicazione del luogo dove la DAT è reperibile nella banca dati regionale DAT;
- raccolta sostituzione e revoca del consenso all'alimentazione della banca dati nazionale DAT;
- raccolta sostituzione e revoca del consenso alla ricezione di informazioni tramite l'indirizzo di posta elettronica fornito dal/a disponente;
- inserimento di copia delle DAT nella banca dati regionale.

I dati sono trattati e conservati in conformità alle previsioni contenute nel regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 nell'ambito dei sistemi informativi della Regione Toscana e delle Aziende sanitarie del Sistema sanitario regionale.

5. Soggetti abilitati ai trattamenti

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale e da collaboratori dei rispettivi titolari o delle imprese espressamente nominate come responsabili del trattamento.

I titolari potranno avvalersi di soggetti abilitati ai suddetti trattamenti, previa designazione degli stessi quali Responsabili del Trattamento ai sensi dell'art. 28 del GDPR 2016/679.

La consultazione dei dati nella banca dati nazionale DAT sarà consentita, tramite identificazione con il Sistema Pubblico di Identità Digitale (SPID), al/la disponente, al fiduciario/a (se nominato/a) e ai medici che l'avranno in cura il/la disponente in caso di incapacità ad autodeterminarsi.

6. Trasmissione dei Dati

Il conferimento dei dati alla banca dati nazionale DAT, istituita presso il Ministero della salute dall'articolo 1, commi 418 e 419 della legge del 27 dicembre 2017, n. 205, avverrà secondo quanto disciplinato dal decreto del Ministro della Salute n.168 del 10 dicembre 2019.

In relazione alla banca dati nazionale DAT, si comunica che al seguente link è disponibile l'informativa resa pubblica dal Ministero della Salute:

<<http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_4956_1_file.pdf>>

7. Conservazione dei dati

I dati saranno conservati all'interno della Banca dati regionale delle DAT per i dieci anni successivi al decesso del/a disponente.

8. Diritti dell'interessato/a

In ogni momento, il/la disponente e il fiduciario/a (se nominato/a) potranno esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- chiedere la conferma dell'esistenza o meno dei propri dati personali;
- ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- ottenere la cancellazione di copia della DAT, ove non già utilizzata per scelte terapeutiche, indicando comunque dove la DAT è reperibile;
- chiedere ai Titolari dei trattamenti l'accesso ai dati personali che lo riguardano nonché la rettifica o cancellazione degli stessi ove non già utilizzati per scelte terapeutiche;
- proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o adire le opportune sedi giudiziarie ai sensi dell'art. 79 del Regolamento.

L'istanza per l'esercizio dei diritti sopra riportati deve essere presentata al Responsabile della Protezione dei Dati della Regione Toscana o delle Aziende sanitarie, reperibili, rispettivamente, ai seguenti indirizzi email e/o PEC:

REGIONE TOSCANA:

EMAIL urp_dpo@regione.toscana.it

AZIENDA TOSCANA NORD OVEST:

EMAIL rpd@uslnordovest.toscana.it

AZIENDA TOSCANA CENTRO:

EMAIL responsabileprotezionedati@uslcentro.toscana.it

PEC responsabileprotezionedati.uslcentro@postacert.toscana.it

AZIENDA TOSCANA SUD EST:

EMAIL privacy@uslsudest.toscana.it

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CAREGGI:

EMAIL rpd@aou-careggi.toscana.it

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SENESE:

EMAIL n.minutella@ao-siena.toscana.it PEC ao-siena@postacert.toscana.it

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA:

EMAIL responsabileprotezionedati@ao-pisa.toscana.it PEC pecaoupisana@legalmail.it

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA MEYER:

EMAIL privacy.dpo@meyer.it

FONDAZIONE TOSCANA GABRIELE MONASTERIO

EMAIL dpo@ftgm.it PEC protocollo.ftgm@pec.it

ISPRO

PEC ispro@postacert.toscana.it

9. Dati di contatto dei Titolari del trattamento:

REGIONE TOSCANA:

EMAIL urp_dpo@regione.toscana.it PEC regionetoscana@postacert.toscana.it

AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST:

PEC direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

AZIENDA USL TOSCANA CENTRO:

PEC direzione.uslcentro@postacert.toscana.it

AZIENDA USL TOSCANA SUD EST:

EMAIL direttoregenerale@uslsudest.toscana.it PEC ausltoscanasudest@postacert.toscana.it

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CAREGGI:

EMAIL segreteriadg@aou-careggi.toscana.it PEC aoucareggi@pec.it

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SENESE:

EMAIL dirgen@ao-siena.toscana.it PEC ao-siena@postacert.toscana.it

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA:

EMAIL segrdirgen@ao-pisa.toscana.it PEC aoupisana@legalmail.it

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA MEYER:

EMAIL urp@meyer.it PEC meyer@postacert.toscana.it

FONDAZIONE TOSCANA GABRIELE MONASTERIO

EMAIL dpo@ftgm.it PEC protocollo.ftgm@pec.it

ISPRO

PEC ispro@postacert.toscana.it

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO – CONSENSI DISPONENTE

Io sottoscritto/a

Cognome Nome.....

Codice Fiscale:

Nato/a il

Residente in CAP Prov.....

Via/P.zza..... n

Documento di identità n.....rilasciato da.....il.....

Recapito telefonico:e-mail:.....

RILASCIO I SEGUENTI CONSENSI

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI*

PRESA VISIONE INFORMATIVA*

CONSENSO ALLA TRASMISSIONE DELLE DAT ALLA BANCA DATI NAZIONALE

CONSENSO ALLA RICEZIONE DI INFORMAZIONI TRAMITE L'INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA FORNITO*

.....

Luogo e data

Firma (per esteso e leggibile)

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO - NOMINA DEL FIDUCIARIO/A

Io sottoscritto/a

Cognome Nome.....

Codice Fiscale:

Nato/a il

Residente in CAP Prov.....

Via/P.zza..... n

Documento di identità n.....rilasciato da.....il.....

Recapito telefonico:e-mail:.....

NOMINO QUALE MIO FIDUCIARIO/A AI SENSI DELL'ART. 4 DELLA LEGGE N. 219/2017

il/la Sig/a

Cognome Nome.....

Codice Fiscale:

Nato/a il

Residente in CAP Prov.....

Via/P.zza..... n

Documento di identità n.....rilasciato da.....il.....

Recapito telefonico:e-mail:.....

.....

.....

Luogo e data

Firma (per esteso e leggibile)

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO - ACCETTAZIONE INCARICO DI FIDUCIARIO/A

Io sottoscritto/a

Cognome Nome.....

Codice Fiscale:

Nato/a il

Residente in CAP Prov.....

Via/P.zza..... n

Documento di identità n.....rilasciato da.....il.....

Recapito telefonico:e-mail:.....

ACCETTO

l'incarico di fiduciario/a per il/la Sig/a

Cognome Nome.....

Codice Fiscale:

Nato/a il

Residente in CAP Prov.....

Via/P.zza..... n

.....

Luogo e data

Firma (per esteso e leggibile)

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO – REVOCA DAT

Io sottoscritto/a

Cognome Nome.....

Codice Fiscale:

Nato/a il

Residente in CAP Prov.....

Via/P.zza..... n

Documento di identità n.....rilasciato da.....il.....

Recapito telefonico:e-mail:.....

REVOCO

la DAT da me rilasciata in data....., codice DAT.....

.....

Luogo e data

Firma (per esteso e leggibile)

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO – REVOCA INCARICO DI FIDUCIARIO/A

Io sottoscritto/a

Cognome Nome.....

Codice Fiscale:

Nato/a il

Residente in CAP Prov.....

Via/P.zza..... n

Documento di identità n.....rilasciato da.....il.....

Recapito telefonico:e-mail:.....

REVOCO

l'incarico di fiduciario/a al/alla Sig/a

Cognome Nome.....

Codice Fiscale:

Nato/a il

Residente in CAP Prov.....

Via/P.zza..... n

.....

Luogo e data

Firma (per esteso e leggibile)

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO – RINUNCIA INCARICO DI FIDUCIARIO/A

Io sottoscritto/a

Cognome Nome.....

Codice Fiscale:

Nato/a il

Residente in CAP Prov.....

Via/P.zza..... n

Documento di identità n.....rilasciato da.....il.....

Recapito telefonico:e-mail:.....

RINUNCIO

all'incarico di fiduciario/a per il/la Sig/a

Cognome Nome.....

Codice Fiscale:

Nato/a il

Residente in CAP Prov.....

Via/P.zza..... n

.....

Luogo e data

Firma (per esteso e leggibile)