

## MODALITÀ DI ACCESSO ALLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

### PROCEDIMENTO DI ACCESSO E ACCOGLIMENTO DELLA RICHIESTA

Il rilascio di copia di documentazione sanitaria avviene su richiesta scritta dell'avente diritto, previo pagamento dei diritti di segreteria.

La copia della cartella clinica o di documentazione sanitaria può essere richiesta:

- personalmente presso l'ufficio Cartelle Cliniche su apposito modulo e con **CONTESTUALE PAGAMENTO DEI DIRITTI DI SEGRETERIA;**
- via mail a [cartelle.cliniche@policlinicoudine.it](mailto:cartelle.cliniche@policlinicoudine.it) o via PEC a [policlinicoudinespa@legalmail.it](mailto:policlinicoudinespa@legalmail.it) allegando il modello reperibile sul nostro sito web al link <https://www.policlinicoudine.it/pagina/documenti> con i documenti richiesti e la **COPIA DELLA CONTABILE DEL BONIFICO ATTESTANTE IL PAGAMENTO DEI DIRITTI DI SEGRETERIA** a mezzo bonifico bancario (Banca di Cividale IBAN IT21Z0548412300000000386592 – BIC: CIVIIT2C)

La richiesta d'accesso alla documentazione sanitaria deve essere motivata.

L'utente può richiedere la duplicazione di tutte le informazioni sanitarie acquisite durante il ricovero sul proprio stato di salute e non presenti in cartella (es immagini diagnostiche) nei limiti e con i vincoli che vengono posti dal Policlinico Città di Udine S.p.A. che rimane comunque giuridicamente il proprietario dei supporti fisici delle informazioni. Nel caso di richiesta di documentazione non replicabile il paziente può essere tenuto a versare una cauzione e/o a sottoscrivere una liberatoria.

La cartella clinica viene normalmente rilasciata entro 7 giorni dal ricevimento della richiesta, **PREVIO PAGAMENTO DEI DIRITTI DI SEGRETERIA E DELLE EVENTUALI SPESE POSTALI IN CASO DI INVIO TRAMITE RACCOMANDATA.**

La documentazione viene consegnata esclusivamente in formato cartaceo e **non può essere trasmessa via e-mail.**

### RICHIESTA DA PARTE DEL PAZIENTE

Il paziente ha diritto di richiedere copia della documentazione sanitaria che lo riguarda e potrà eventualmente delegare per iscritto una terza persona per il ritiro, allegando il proprio documento di riconoscimento.

### RICHIESTA DA PARTE DI SOGGETTI DIVERSI DALL'INTERESSATO

#### **a) Incapacità di intendere e di volere**

In caso di paziente interdetto per grave infermità (art. 414 c.c.) o inabilitato per infermità di mente (art. 415 c.c.), il suo tutore/curatore, producendo copia autentica del provvedimento di nomina del Tribunale competente, è legittimato a richiedere copia della cartella clinica.

#### **b) Impossibilità a provvedere ai propri interessi**

In caso di paziente sottoposto a procedura di amministrazione di sostegno, il suo amministratore, producendo copia autentica del decreto di nomina del Tribunale competente, è legittimato a richiedere copia della cartella clinica.

#### **c) Familiari del defunto**

In caso di paziente defunto, gli eredi legittimi e legittimari e precisamente il coniuge, i figli o, in mancanza dei predetti, gli ascendenti legittimi, possono richiedere copia della documentazione sanitaria del parente defunto.

Al momento della richiesta l'istante dovrà presentare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la qualità di legittimo erede e la relazione di parentela esistente con il defunto, secondo la seguente gerarchia:

1. il coniuge e i figli
2. in loro mancanza i genitori;
3. in mancanza dei suddetti, i fratelli;
4. in mancanza di tutti costoro gli ascendenti ed i discendenti fino al 4° grado.

#### **d) Minorenni**

Nel caso di paziente minore di età, la copia della cartella clinica o di altra documentazione sanitaria può venire richiesta da uno o da entrambi i genitori esercenti la potestà, allegando autocertificazione del relativo status.

Nel caso di minori in condizioni particolari si procede come segue:

- se i genitori sono separati o divorziati, la documentazione sanitaria può essere richiesta da entrambi i genitori anche disgiuntamente;
- se il minore, ai sensi della L. n. 184/83, è affidato temporaneamente ad altre persone, a comunità, ai servizi sociali territoriali, gli affidatari, oltre ai genitori biologici, possono chiedere copia della documentazione sanitaria esibendo il provvedimento di affidamento del minore da parte dell'autorità giudiziaria o del Tribunale per i minorenni, salvo limitazioni specifiche indicate dal Tribunale;
- se entrambi i genitori sono deceduti o non possono esercitare la potestà per altra causa, il tutore nominato può chiedere copia della documentazione sanitaria allegando copia autentica del decreto del giudice tutelare; se i genitori sono decaduti dalla potestà (ex art. 330 c.c.), non hanno diritto né ad ottenere copia della cartella né ad essere informati sulle condizioni di salute del figlio;
- se il minore è adottato o è stato dichiarato adottabile dal Tribunale dei Minori, i genitori biologici non hanno diritto ad ottenere copia della documentazione sanitaria dei figli né ad essere informati circa le condizioni di salute dei medesimi. La documentazione può essere richiesta solo dai genitori adottivi/adottanti previa esibizione dell'atto di l'adozione o documentazione analoga;
- se il minore è in stato di affidamento preadottivo, la documentazione sanitaria può essere richiesta dal soggetto affidatario, previa esibizione del provvedimento del giudice tutelare.

Nel caso in cui nella documentazione sanitaria richiesta risultasse la paternità o la maternità originaria del minore, questa, a garanzia del segreto d'ufficio, non potrà essere portata a conoscenza di nessuno, salvo autorizzazione espressa dell'autorità giudiziaria.

#### **e) Minore emancipato**

Se il minore è emancipato può chiedere copia della propria documentazione sanitaria previa esibizione di idonea certificazione o di dichiarazione sostitutiva, attestante tale status, firmata dall'interessato.

#### **f) INAIL**

L'INAIL può richiedere copia della cartella clinica di pazienti in vita o defunti, come previsto dall'art. 94, c. 3, del D.P.R. 30.6.1965 n. 1244, quando si sia verificato un infortunio o malattia di natura professionale.

#### **g) Medico curante**

La cartella clinica può essere richiesta dal medico curante o dal medico della struttura sanitaria o socio- sanitaria (RSA) presso la quale il paziente si trovi ricoverato, su delega scritta del paziente stesso (D. Lgs. 196/03, art.92).

#### **h) Altri soggetti**

Copia della documentazione sanitaria deve essere rilasciata ad Enti che abbiano per fine statutario, normativamente previsto, la raccolta di dati personali sensibili sanitari per finalità epidemiologiche, quali per esempio il registro tumori (D. Lgs. 322/1989, art. 7).

In particolare le cartelle cliniche possono essere oggetto di esame, previa autorizzazione della Direzione Sanitaria, da parte di soggetti esterni al Policlinico, a fini di studio e di ricerca scientifica, con le modalità concordate con la Direzione Sanitaria.

Per tutelare la salute e l'incolumità psicofisica di una persona si possono legittimamente acquisire i dati di un paziente anche se questi non presti il suo consenso o si rifiuti di darlo (Aut. n. 2/1998 del garante, G.U. del 1.10.1998).

**RICHIESTA CARTELLA CLINICA/DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

c.a.p. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di:  Titolare  Erede legittimo in quanto:  Figlio  Coniuge  Altro \_\_\_\_\_ Persona esercente la responsabilità genitoriale  Tutore Curatore/Amministratore di Sostegno  Delegato

consapevole delle sanzioni civili e penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso e contenente dati non più rispondenti a verità, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.

**CHIEDE COPIA** della seguente documentazione sanitaria: Cartella Clinica ricovero presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_; Cartella Clinica ricovero presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_; Cartella Ambulatoriale \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_; Immagini radiografiche (RM, TAC, RX, ECO) \_\_\_\_\_;**DELEGA alla RICHIESTA e/o al RITIRO** (il delegato deve esibire documento di identità)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

c.a.p. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

**CHIEDE la SPEDIZIONE, con spese a carico del destinatario, al seguente indirizzo:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

c.a.p. \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Allegare fotocopia del documento d'identità del richiedente**

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

**ALLA DIREZIONE SANITARIA DEL POLICLINICO CITTÀ DI UDINE S.p.A.**

**DATA** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_)

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

documento valido di identità \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

n° tel. \_\_\_\_\_

valendosi delle disposizioni di cui all'art.46 del DPR n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000:

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

#### a. di esercitare

la responsabilità genitoriale sul minore \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

\* la tutela su \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

\* l'amministrazione di sostegno per \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

#### \* esibire decreto valido di nomina

#### b. di essere erede

legittimo con grado di parentela \_\_\_\_\_

per testamento di \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **deceduto/a** il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Si dichiara consapevole:

- che ai sensi dell'art. 13 D.lgs. 196/2003 i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti al fine del procedimento per il quale sono richiesti e saranno trattati, anche con strumenti in formatici, esclusivamente per tale scopo;
- che la presente richiesta viene accolta solo se completa in ogni sua parte.

**FIRMA DEL DICHIARANTE** \_\_\_\_\_ **L'OPERATORE U.C.C** \_\_\_\_\_

Il/La Sottoscritto/a	Nato/a a	il
----------------------	----------	----

**CHIEDE**

Di poter usufruire del servizio di spedizione **a mezzo Posta Raccomandata** per la consegna della documentazione sanitaria al proprio domicilio o ad altro indirizzo, liberando il Policlinico Città di Udine S.p.A. da ogni responsabilità in merito alla consegna autorizzandola all'utilizzo dei dati personali (Codice in materia di protezione dei dati personali e successive modifiche ed integrazioni).

**Dichiara consapevolmente** di accettare che il recapito della documentazione sanitaria si effettui:

- secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale;
- che la consegna, a mezzo Posta Raccomandata, avvenga anche a persona diversa dal destinatario presente all'indirizzo indicato (familiare, convivente, ecc.).

**al seguente indirizzo:**

via	n.	Telefono
-----	----	----------

CAP	Città
-----	-------

**Firma del richiedente**

---

**Sezione riservata all'ufficio**

N° domanda \_\_\_\_\_

Timbro

**Firma dell'impiegato**

---

<b><u>CARTELLE CLINICHE E CARTELLE AMBULATORIALI</u></b>	<b>Costo</b>
1 cartella ricovero ordinario/dh	€ 20,00
Dalla 2 cartella richiesta con medesimo modulo (a cartella)	€ 10,00
1 cartella chirurgia ambulatoriale (fino a due accessi)	€ 10,00
CD indagini radiografiche	€ 10,00
Spedizione in contrassegno fino a 1 cartella ricovero ordinario/dh*	€ 20,00
Spedizione in contrassegno cartella chirurgia ambulatoriale*	€ 10,00

\* da aggiungersi costo delle copie della cartella clinica o ambulatoriale