# GESTIONE COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

INDICE

**1.0 PREMESSA** ..... 2

**2.0 OGGETTO** ..... 2

**3.0 DOCUMENTAZIONE SANITARIA** ..... 2

**4.0 ACCESSO ALLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA** ..... 3

**5.0 MODALITÀ DI RICHIESTA** ..... 3

**6.0 TEMPO DI RILASCIO DELLA DOCUMENTAZIONE** ..... 4

**7.0 TARIFFE** ..... 5

**8.0 MODALITÀ DI RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE** ..... 6

**9.0 MODALITÀ DI INVIO TRAMITE PEC O EMAIL** ..... 6

**10.0 REGISTRO RITIRO CARTELLA CLINICA** ..... 6

| REDATTO DAL RESPONSABILE SICUREZZA | VERIFICATO DAL PROCURATORE SPECIALE | APPROVATO DAL DIRETTORE SANITARIO |
|---|---|---|
| ***Dott. Francesco Maglione*** | ***Padre Dott. Vincenzo Li Calsi*** | ***Dott. Domenico Maglione*** |
| Francesco Maglione | | |

PRESIDIO OSPEDALIERO
S. MARIA DELLA PIETÀ
CASORIA
DATA 13/06/2025
PROT. 203

# GESTIONE COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

## 1.0 PREMESSA

Il presente regolamento, in attuazione della Legge 07.08.1990 n. 241 ("Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi") e ss.mm.ii, del D.P.R. 12.04.2006 n. 184 ("Regolamento recante disciplina in materia di accesso ai documenti amministrativi"), del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 ("Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"), del D.Lgs. 30.06.2003 n. 196 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") e del GDPR – regolamento Europeo UE 2016/679, della L. 08.03.2017 n. 24 ("Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"), disciplina il rilascio della documentazione sanitaria e garantisce che il trattamento dei dati personali avvenga nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità delle persone, con particolare riferimento alla riservatezza ed all'identità personale degli utenti e di tutti coloro che hanno rapporti con il Presidio Ospedaliero" S. Maria della Pietà".

## 2.0 OGGETTO

Il presente regolamento disciplina il diritto, le modalità di accesso e di rilascio di copia della documentazione sanitaria e delle cartelle cliniche, in conformità a quanto previsto dalle norme di settore, nel rispetto della normativa vigente in materia di segreto d'ufficio e professionale, nonché di tutela delle persone, di trattamento dei dati personali e di semplificazione amministrativa.

## 3.0 DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Per documentazione sanitaria si intende una serie di informazioni sanitarie, anagrafiche, giuridiche relative all'assistito che, per la loro natura strettamente personale e sensibile, devono essere trattate e conservate con particolare cura.

E' considerata documentazione sanitaria e, pertanto, è oggetto della disciplina contenuta nel presente regolamento la seguente documentazione:

- Cartella clinica;
- Referti ambulatoriali;
- Referti di prestazioni diagnostico-terapeutiche;
- Referti di prima assistenza;
- Risultati di analisi di laboratorio;
- Referto esame istologico;
- Vetrini o altro materiale unico;
- Copia dimissione clinica;
- altra documentazione contenente dati di carattere sanitario.

# GESTIONE COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

## 4.0 ACCESSO ALLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

L'accesso alla documentazione clinica e ad ogni altra documentazione contenente dati inerenti alla salute è consentito ai seguenti soggetti, o loro delegati, nelle forme di legge:

1) maggiorenne o minorenne emancipato cui il documento si riferisce;

2) genitori esercenti la potestà genitoriale, nel caso in cui il paziente sia minorenne; in caso di separazione o divorzio, il genitore richiedente deve specificare se è, o non è genitore affidatario del minore;

3) tutore di minore, tutore di persona interdetta, previa esibizione di documentazione (anche dichiarazione sostitutiva certificazione) da cui risulti lo status di tutore/amministratore di sostegno. In quest'ultimo caso dovrà essere attestato/dichiarato espressamente il potere di richiedere, per conto dell'amministrato, l'accesso alla documentazione che lo riguarda;

4) eredi (legittimi, legittimari o testamentari), qualora propongano istanza di accesso alla documentazione sanitaria del paziente deceduto, accertata la sussistenza dei presupposti previsti dalla legge. A tal fine, i richiedenti devono autocertificare la propria relazione parentale con il defunto secondo le modalità di cui al paragrafo successivo.

## 5.0 MODALITÀ DI RICHIESTA

Il soggetto richiedente, indipendentemente dalla propria posizione giuridica, deve presentare formale istanza scritta di accesso alla documentazione sanitaria.

L'istanza, da presentarsi tramite il modulo allegato al presente regolamento "richiesta copia documentazione sanitaria" (o scaricabile dal sito internet del presidio ospedaliero all'indirizzo: http://www.ospedalecamilliani.it/richiesta-cartella-clinica/ ) debitamente compilata, può essere consegnata:

- personalmente agli sportelli del CUP dove sarà accertata, a cura del personale preposto, l'identità del richiedente dietro presentazione di un valido documento di identità personale, munito di fotografia e rilasciato da una pubblica autorità. All'atto della presentazione, verrà effettuato anche il pagamento del "costo fisso per procedura e per diritto di ricerca" previsto dal successivo art. 7 e la ricevuta sarà allegata alla domanda.

- inviando dall'indirizzo PEC del richiedente una mail all'indirizzo:

protocollo@pec.ospedalecamilliani.it

Inserendo un recapito telefonico valido ed allegando, in questo secondo caso, la ricevuta del bonifico effettuato secondo quanto previsto al successivo paragrafo 7.

- nel caso di decesso del paziente gli eredi hanno diritto a richiedere copia della documentazione sanitaria secondo le modalità sopra esposte allegando alla domanda anche:

* L'atto notorio o atto sostitutivo di notorietà da cui si evidenzia il loro status di eredi legittimi;
* Delega al richiedente di tutti gli eredi legittimi a richiedere la documentazione;
* Fotocopia documento di identità di tutti gli eredi legittimi;

La domanda, completa di ricevuta di pagamento, dovrà essere validata dal Direttore Sanitario che darà il nulla osta a rilasciare la copia della documentazione richiesta.

### 6.0 Tempi di rilascio della documentazione

La documentazione sarà disponibile presso l'ufficio ritiro referti dopo il quarantesimo giorno lavorativo dalla data della richiesta.

Copia della cartella clinica può essere richiesta con URGENZA. In questo caso la cartella sarà disponibile entro i primi 15 gg dal mese successivo alle dimissioni. Per il diritto di urgenza è previsto un costo aggiuntivo di 5,00 €.

Esclusivamente per il ritiro di copia della cartella clinica, prima di presentarsi in ospedale per il ritiro, si prega di contattare l'ufficio preposto al n° 0815408280.

# GESTIONE COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

## 7.0 TARIFFE

Come previsto all'art. 5, al momento della presentazione dell'istanza di accesso alla documentazione sanitaria, per l'apertura della pratica dovrà essere anticipato dal soggetto l'importo per la copia da effettuare. I costi per le copie e l'invio dei documenti sono riportate nella tabella sottostante.

| **COSTI COPIE DOCUMENTI SANITARI** | |
|---|---|
| **COPIA CARTELLA CLINICA** | **20,00 €** |
| **COPIA CD ESAMI RADIOLOGICI** | **5,00 €** |
| **COPIA PELLICOLA ESAMI RX / CADAUNA** | **10,00 €** |
| **SPESE DI SPEDIZIONE TRAMITE POSTA ASSICURATA** | **15,00 €** |
| **SPEDIZIONE TRAMITE PEC O EMAIL** | **GRATUITO** |
| **DIRITTO DI URGENZA PER COPIA CARTELLA CLINICA** | **5,00 €** |

In caso si voglia effettuare un Bonifico Bancario fare riferimento alle seguenti coordinate:

- **BONIFICO BANCARIO**

  Intesa San Paolo

  Intestato a Provincia Sicula CC.RR.M.I

  **Causale: Richiesta copia documentazione sanitaria**

  **IBAN: IT 18 S 03069 09606 1000 0016 6795**

# GESTIONE COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

## 8.0 MODALITÀ DI RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE

Trascorso il tempo previsto al paragrafo 6.0 il titolare della cartella clinica o un suo delegato si presenterà presso lo sportello "Ritiro Referti" presentando:

- la ricevuta del pagamento avuta in fase di consegna della domanda;
- Modulo di delega nel caso il ritiro venga effettuato da un soggetto diverso dall'interessato debitamente compilato e con allegate copia dei documenti di identità del delegante e del delegato;

Il personale dell'ufficio consegna referti provvederà ad accertare l'identità del richiedente ed a consegnare la documentazione richiesta in busta chiusa.
Solo nel caso di ritiro cartella clinica l'addetto riporterà l'avvenuta consegna sul "Registro ritiro Cartella Clinica" che verrà poi firmato dal richiedente.

## 9.0 MODALITÀ DI INVIO TRAMITE PEC O EMAIL

Trascorso il tempo previsto al paragrafo 6.0 il titolare o un suo delegato riceverà, via PEC o attraverso il servizio di posta elettronica criptato Proton Mail, la cartella clinica in formato PDF firmata digitalmente e protetta da password che in seguito verrà comunicata telefonicamente all'interessato.

## 10.0 REGISTRO RITIRO CARTELLA CLINICA

Il registro ritiro cartelle cliniche è strutturato nel modo seguente:

1. N° progressivo
2. Data ritiro cartella clinica
3. Nome e cognome del paziente
4. Data di nascita
5. Richiedente (Diretto interessato – Facente veci)
6. N° documento di riconoscimento
7. Cartella clinica n°.
8. Firma del richiedente

| | | |
|---|---|---|
| **OSPEDALE SAN CAMILLO**<br>**Già P.O. "S. Maria della Pietà"**<br>*Religiosi Camilliani*<br>*Via San Rocco,9 Casoria (Na)* | **MODULO DI RICHIESTA e RITIRO**<br>**COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA** | Data:<br>13/06/2025<br>Rev. 4 |

Spett.le Direttore Sanitario

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ provincia di (_____), il ___/___/___ e residente in _____ provincia (_____), alla via _____,

identificato a mezzo documento _____ n° _____ scadenza _____

## IN QUALITA' DI

- ☐ DIRETTO INTERESSATO
- ☐ DELEGATO (ALLEGARE DELEGA)
- ☐ GENITORE ESERCENTE LA PODESTA' GENITORIALE (IN CASO DI SEPARAZIONE O DIVORZIO, SPECIFICARE SE SI È AFFIDATARIO DEL MINORE)
- ☐ TUTORE/CURATORE
- ☐ EREDE LEGITTIMO (ALLEGARE ATTO DI NOTORIETÀ, DELEGA DEGLI ALTRI EREDI AL RITIRO, COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DI TUTTI GLI EREDI)
- ☐ ALTRO: _____

**(COMPILARE SOLO SE PERSONA DIVERSA DAL DIRETTO INTERESSATO)**

**SI CHIEDE COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE RELATIVA ALLA DEGENZA O AD ALTRA PRESTAZIONE SANITARIA FRUITA DAL/LA SIG.RA** _____ **NATO/A IL :** ____/____/____

**A:** _____ **PROVINCIA DI** _____ **C.F. :** _____

## CON LA PRESENTE RICHIEDE

- ☐ **COPIA CARTELLA CLINICA N.** _____
- ☐ **COPIA REFERTO DI PRIMA ASSISTENZA** ☐ **COPIA REFERTO**
- ☐ **ALTRA DOCUMENTAZIONE:** _____

**IL SOTTOSCRITTO DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ DI ESSERE CONSAPEVOLE:**

**- DI QUANTO PREVISTO DEGLI ARTT. 71,72, 75 E 76 DEL D.P.R. N. 445/2000, SULLA RESPONSABILITÀ PENALE PREVISTA PER CHI RENDE FALSE DICHIARAZIONI, SUI RELATIVI CONTROLLI E SULLA CONSEGUENTE DECADENZA DEI BENEFICI IN CASO DI VERIFICA DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE;**

**-DI ACCONSENTIRE AL TRATTAMENTO DEI PROPRI DATI PERSONALI DA PARTE DEL P.O. "S. MARIA DELLA PIETÀ", IN CONFORMITÀ CON L'ART.13 DEL GDPR – REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI (UE/2016/679) AL SOLO FINE DI GESTIRE LA PRESENTE PRATICA;**

**-CHE LA RICHIESTA VERRÀ ACCOLTA SOLO SE COMPLETA.**

IN CASO DI MANCATO RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA RICHIESTA, DOPO NOVANTA GIORNI, SI PROCEDERÀ ALLA DISTRUZIONE DELLE COPIE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA RICHIESTA, CON TRATTENUTA DEL COSTO FISSO PER LE COPIE.

DATA _____

FIRMA (PAZIENTE/DELEGANTE) _____

FIRMA OPERATORE (AREA AMMINISTRATIVO) _____

## MODALITA' DI RITIRO

- Invio in formato PDF tramite posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo: _____ e comunicazione password al numero _____.

- Invio in formato PDF tramite posta elettronica criptata Proton Mail all'indirizzo: _____ e comunicazione password al numero _____.

- Spedizione in formato cartaceo tramite Posta Assicurata all'indirizzo:

  _____

  _____.

- Ritiro in formato cartaceo allo sportello in data ____/____/_____ (GGMMAAAA) da parte del/la sig./sig.ra _____ identificato/a a mezzo documento _____n°_____ data di scadenza _____ Rilasciato da _____ in data_____.

Firma per la richiesta di invio o ritiro

_____