

INFORMATIVA AL/ALLA PAZIENTE ED ADESIONE DEL/LA PAZIENTE AL SERVIZIO DI TELEVISITA

1. Definizione

Il presente documento descrive il servizio di TELEVISITA reso dall'Azienda USL di Ferrara al/la paziente, che vi acceda secondo le modalità previste e per le tipologie di prestazioni erogabili in tale modalità in accordo alla normativa vigente e in regime istituzionale.

Per TELEVISITA si intende un metodo attraverso il quale l'atto medico viene erogato al paziente in modo idoneo ed adeguato alla capacità oggettiva del/la paziente ed alla tipologia di patologia sofferta. Inoltre si rapporta alla disponibilità con il quale il professionista interagisce in tempo reale con il paziente, anche con il supporto di un caregiver, attraverso uno strumento digitale già in possesso del/la paziente.

La TELEVISITA, come previsto anche dal codice di deontologia medica, non può essere mai considerata in modo automatico il mezzo esclusivo per condurre la relazione medico-paziente e/o per rispondere esclusivamente a distanza a tutte le esigenze assistenziali; non può, inoltre, essere considerata sostitutiva della prima visita medica che deve essere erogata in presenza.

Ai fini del presente documento quindi per "TELEVISITA" si intende una o più visite di controllo o di follow up, successive ad una prima visita iniziale effettuata in presenza.

La TELEVISITA può essere svolta secondo approcci diversi:

- unicamente tramite l'interazione tra medico-paziente;
- con il supporto al paziente da parte del proprio caregiver;
- con la presenza di un operatore sanitario che si trovi vicino al paziente e lo supporti collaborando con il medico.

2. Accesso al Servizio di TELEVISITA

Durante una visita ambulatoriale erogata in presenza, il medico può proporre di svolgere la visita di controllo/follow up successivo mediante LA TELEVISITA.

Per poter usufruire del Servizio, il medico Le sottoporrà un questionario per valutare se:

- ha delle disabilità fisiche e/o cognitive che potrebbero limitarle la possibilità di utilizzo degli strumenti digitali di comunicazione
- se può essere aiutato da un familiare o un caregiver nell'uso di tali strumenti nel caso non sia autonomo nel loro utilizzo
- è in possesso di uno smartphone o computer con collegamento internet e di un indirizzo email webcam e cuffie
- sa usare o è in grado di imparare ad usare gli strumenti digitali di comunicazione (es. smartphone, tablet, computer con webcam e cuffie)
- ha al domicilio una rete internet idonea, impianti, ambienti e condizioni igienico-sanitarie adeguate per l'effettuazione delle televisite.

Il medico inoltre avrà cura di darle le opportune indicazioni relativamente alla gestione degli strumenti elettronici (es. posizionamento, modalità di interazione con il medico) per garantire l'accuratezza delle valutazioni cliniche effettuate durante la TELEVISITA.

Nel caso in cui in base alle valutazioni di cui sopra, Lei e il medico condividiate la possibilità di effettuare UNA TELEVISITA, Le verrà richiesta la Sua adesione preventiva mediante la firma di un apposito modulo.

Sarà cura del medico prescriverle e prenotarle la TELEVISITA tramite le agende aziendali di prenotazione all'interno del proprio orario di lavoro istituzionale, come avviene per le visite di controllo/follow up erogati in presenza.

Il modulo di adesione prevede anche che Lei confermi la disponibilità di un Suo contatto telematico (email) per l'interazione con il medico ed accedere ad un sistema di comunicazione remota secondo

le specifiche tecniche e le normative vigenti in materia di privacy e sicurezza (si veda paragrafo 8 della presente informativa).

L'adesione al servizio di TELEVISITA è volontaria ed è relativa alle visite di controllo/follow up successive alla prima visita erogata in presenza.

Lei può rifiutare di aderire o revocare la propria adesione in ogni momento, senza dover dare spiegazione alcuna e senza alcuna penalità o conseguenza negativa. Il suo rifiuto di aderire o la decisione di revocare la propria adesione non influenzeranno in alcun modo l'assistenza che riceve, che sarà comunque la migliore disponibile.

Anche il medico potrà in qualunque momento interrompere lo studio, ma spiegandoLe i motivi per i quali la modalità di erogazione della prestazione in televisita non è più appropriata per Lei.

3. Esecuzione della TELEVISITA.

Prima della data in cui deve essere effettuata la TELEVISITA, riceverà una email con il link per connettersi alla “*piattaforma regionale di telemedicina*”. Nella email viene riportata anche la data e l'orario della TELEVISITA.

Prima di iniziare la TELEVISITA, il medico La identificherà tramite l'esibizione da parte Sua della carta d'identità.

Le istruzioni per il collegamento alla TELEVISITA sono riportate nella Guida Operativa per accedere alla TELEVISITA (per il cittadino) scaricabile al link <https://www.ausl.fe.it/argomenti/cosa-fare-per/televisita>.

Qualora lo strumento digitale non permetta di mantenere inalterato il contenuto sostanziale della prestazione da erogare, l'Azienda le garantisce la prestazione in modalità tradizionale senza ulteriori oneri a Suo carico.

Per assistenza tecnica durante la televisita può contattare il numero verde regionale 800033033.

4. Consegna del referto/responso/certificazione

Lei potrà scaricare il referto/responso/certificazione tramite il Suo FSE.

Nel caso in cui non lo possieda, il referto/responso/certificazione, Le sarà inviato tramite email nel rispetto delle normative vigenti in materia di privacy e sicurezza. Per scaricare il documento può seguire le istruzioni contenute nel documento Guida Operativa per accedere alla TELEVISITA (per il cittadino) di cui sopra.

5. Pagamento

E' possibile pagare scegliendo uno dei canali sotto indicati seguendo le istruzioni ricevute via email a seguito della prenotazione.

- **Paga sul Territorio con PagoPA** (Uffici Postali, Banca, Ricevitoria, Tabaccaio, Bancomat, Supermercato)
- **Pagamento online**
- **Sportelli delle farmacie convenzionate e abilitate a pagoPA**
- **Riscuotitori automatici**

6. Cambio Data/Orario della TELEVISITA o modalità della prestazione

Nel caso in cui nascesse l'esigenza:

- di spostare/modificare l'appuntamento precedentemente concordato
- eseguire la visita precedentemente concordata in presenza e non in modalità telemedicina (televisita) dovrà contattare:

7. Disdetta della TELEVISITA.

La disdetta dell'appuntamento deve essere effettuati entro 2 giorni lavorativi dalla data della visita secondo le stesse modalità previste nel caso di visita presenza. In caso contrario si incorrerà in una sanzione, che scatta anche in regime di esenzione dal ticket.

Si può disdire tramite:

- il numero verde 800 532000 attivo 24h al giorno, indicando il numero di appuntamento
- gli sportelli CUP delle farmacie
- la app «ER Salute» disponibile sullo store dello smartphone
- il sito www.cupweb.it o Fascicolo Sanitario Elettronico (www.fascicolo-sanitario.it)
- sul sito <https://opencup.ausl.fe.it/> (solo disdetta).

8. Informativa e trattamento dei dati personali

I dati personali saranno trattati nel rispetto del Regolamento UE 679/2016 e del d.lgs. 196/2003, come modificato dal d.lgs. 101/2018. Avrà accesso ai Suoi dati personali il personale sanitario che l'ha in carico.

Per qualsiasi altro approfondimento in materia di privacy, oltre che relativamente ai suoi diritti il paziente può accedere all'informativa privacy aziendale al punto 4 "Le informazioni all'interessato" (art. 13 e 14 del GDPR) Informativa di carattere generale (paziente)":

<https://www.ausl.fe.it/amministrazione/la-privacy-nellazienda-unita-sanitaria-locale-di-ferrara>

Se ha bisogno di ulteriori informazioni di natura clinica e tecnica sulla modalità di erogazione delle prestazioni in televista, si rivolga al dott/dott.ssa: _____

Tel: _____

ADESIONE DEL/LA PAZIENTE AL SERVIZIO DI TELEVISITA

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome in stampatello)

Nato/a a _____ Il _____

CF: _____

Indirizzo email* _____

Telefono: _____

Oppure in caso di paziente minore/incapace/interdetto/parzialmente impossibilitato ad esprimere la propria volontà

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome in stampatello)

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome in stampatello)

In qualità di ☐ Genitori ☐ Tutore ☐ Curatore

☐ Amministratore di sostegno riferito ad atti sanitari del paziente**

Nato/a a _____ Il _____

CF: _____

Nato/a a _____ Il _____

CF: _____

Indirizzo email* _____

Telefono: _____

* Indicare l'email indicata a cui deve essere inviato il link per accedere alla tele visita.

** Allegare la documentazione probante.

DICHIARA

di aver compreso quanto riportato nella informativa (Allegato 1) e nel documento istruzioni per il paziente per il collegamento al tele visita

di aver avuto la possibilità di ricevere delucidazioni e maggiori informazioni riguardo la tele visita, oltre quanto riportato nella informativa e nel documento istruzioni per il paziente per il collegamento alla tele visita

(ES. _____)

DI ACCETTARE LA TELEVISITA

DI NON ACCETTARE LA TELEVISITA

Data ____/____/____ Firma del/la paziente_____

Data ____/____/____ Firma Genitore_____

Data ____/____/____ Firma Genitore_____

Data ____/____/____ Firma Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno riferito ad atti sanitari del paziente**

Cognome e nome del Medico che ha fornito le informazioni

Data ____/____/____ Firma e Timbro del Medico_____

REVOCA DELL'ADESIONE

Adesione revocata in data |__|__|/|__|__|/|__|__|__|

Firma del/la Paziente_____

Firma Genitore _____

Firma Genitore _____

Firma Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno riferito ad atti sanitari del paziente**

Firma del Medico_____

NOTE (Specificare motivo della revoca)

Il presente documento deve essere conservato in allegato alla documentazione del paziente.

****Allegare la documentazione probante.**