

Apertura d'una cartella informatizzata del paziente (CIP)

Richiesta per aprire una CIP

Dichiarazione di consenso per la cartella informatizzata del paziente personale (CIP) a norma della legge federale sulla cartella informatizzata del paziente (LCIP). Si prega di dedicare tempo sufficiente per compilare questo modulo.

Futuro(a) titolare CIP

Cognome(i)	Nome(i)		
Via e no.	Codice postale, luogo	Cantone	
Numero del cellulare personale (non obbligatorio) per i bambini sotto i 12 anni	Indirizzo e-mail personale (obbligatorio)		
Data di nascita	Sesso	<input type="radio"/> femmina	<input type="radio"/> maschio <input type="radio"/> altro
Tipo di documento d'identità	Numero del documento d'identità		
Documento d'identità valido fino a	Numero di sicurezza sociale (no. AVS)		
Numero distintivo MyTrustID a 8 cifre (solo per le persone oltre i 12 anni con accesso alla propria CIP)	(vedi esanita.ch/it/epd-eroeffnen per la registrazione preliminare della MyTrustID)		

Confermo di aver letto e compreso le informazioni dettagliate sullo scopo e sul funzionamento dell'CIP nonché sui miei diritti e doveri nel documento «[Informazioni del cliente sulla cartella informatizzata del paziente personale \(CIP\)](#)».

Sono consapevole che i professionisti della salute e / o le istituzioni sanitarie che partecipano all'CIP conservano solo **copie** dei documenti importanti per le cure mediche nella mia CIP personale e che gli originali rimangono nei rispettivi sistemi medici. So di potere revocare in qualsiasi momento distinti documenti della mia CIP oppure l'intera CIP.

Se **non** si tratta di un caso d'emergenza, ho anche preso nota del fatto che solo i professionisti della salute, i gruppi di professionisti della salute e le istituzioni sanitarie **che partecipano attualmente all'CIP** – ed ai quali ho precedentemente **concesso il diritto d'accesso** alla mia CIP – hanno accesso ai documenti importanti per le cure mediche.

Sono informato in particolare:

- che io stesso determino i **gradi di riservatezza** dei miei documenti importanti per le cure mediche;
- che posso concedere e ritirare i **diritti d'accesso** ai professionisti della salute, ai gruppi di professionisti della salute ed alle istituzioni sanitarie;
- che posso impostare una funzione di notifica nella mia CIP che m'informa se **nuovi professionisti della salute** entrano a far parte dei gruppi di professionisti della salute già autorizzati da me, ottenendo così anche loro i diritti d'accesso ai miei documenti importanti per le cure mediche;
- che i professionisti della salute da me autorizzati ad accedere alla mia CIP possono coinvolgere anche **persone ausiliarie** (per esempio segreterie mediche/cliniche) che da loro volta possono accedere alla mia CIP con gli stessi diritti d'accesso dei professionisti della salute stessi;
- che posso richiedere una o più persone quale **rappresentanze CIP** per gestire la mia CIP e che esse hanno gli stessi diritti d'accesso completi del sottoscritto;
- che posso **cambiare la comunità di riferimento CIP** dove ho aperto originariamente la mia CIP e quali conseguenze che ciò ha per la mia CIP e per i miei documenti relativi alle cure mediche;
- che posso **revocare e cancellare questa richiesta per aprire una CIP (dichiarazione di consenso)** in qualsiasi momento **senza dare spiegazioni**. In questo caso sarà cancellata la mia CIP con tutti i documenti importanti per le cure mediche (copie) memorizzati.

eSANITA può coinvolgere terzi nell'esecuzione dei suoi compiti – in particolare in relazione all'infrastruttura tecnica. Nel contesto della mia CIP, questi professionisti soddisfano gli stessi requisiti di sicurezza e riservatezza dei professionisti della salute da me autorizzati. Sono inoltre informato che, a meno che non specifichi diversamente:

- **tutti i documenti importanti per le cure mediche** che risultano dai miei trattamenti medici sono memorizzati nella mia CIP personale dai professionisti sanitari e / o dalle istituzioni sanitarie che partecipano all'CIP. Tuttavia, posso richiedere esplicitamente che i professionisti della salute **non memorizzino alcuni documenti relativi alle cure mediche nella mia CIP**;
- i nuovi documenti importanti per le cure mediche memorizzati nell'CIP sono inizialmente accessibili ai professionisti della salute da me autorizzati con il grado di riservatezza **«normale»**. Tuttavia, posso anche regolare il **grado di riservatezza** nella mia CIP a **«limitato»** oppure **«segreto»**;
- in **casi d'emergenza medica** i professionisti della salute che partecipano all'CIP possono accedere ai miei documenti "normalmente" accessibili relativi alle cure mediche – ciò vale anche per i professionisti della salute ai quali non ho esplicitamente concesso i diritti d'accesso in anticipo – e che per questi casi posso attivare un avviso automatico;
- i **diritti di accesso** da me concessi ai professionisti della salute sono illimitati nel tempo, a meno che io stesso non ponga una restrizione temporanea.

Le caratteristiche personali nella mia CIP quali cognome, nome, sesso, data di nascita, luogo di cittadinanza e nazionalità, provengono dall'Ufficio centrale di compensazione della Confederazione (UCC). eSANITA, quale comunità di riferimento CIP, è autorizzata a richiedere questi dati presso l'UCC notando ad esempio anche i cambiamenti di nome. A norma della [legge federale sulla protezione dei dati \(LPD\)](#) ho un diritto completo a ricevere informazioni e di fare delle correzioni e cancellazioni.

Facoltativo / opzionale (si applica solo al punto d'apertura CIP in un'istituzione sanitaria)

Autorizzo il punto d'apertura CIP a predisporre l'accesso alla mia CIP per i seguenti settori di questa istituzione sanitaria:

Nome e luogo dell'istituzione sanitaria (ad esempio l'ospedale)

Accesso valido fino a:

Accesso per tutti i settori

Accesso per settori specifici (p.es. chirurgia, medicina interna):

Firma(e) personale(i)

Acconsento con la mia firma personale ad aprire una cartella informatizzata del paziente (CIP) e confermo di non avere ancora una CIP.

Luogo, data	firma del / della futuro(a) titolare CIP (eccetto i neonati e persone tutelate)
----------------	---

Luogo, data	Firma della rappresentanza legale ¹
----------------	---

¹Rappresentanza legale, se necessario

Confermo / Confermiamo che sono / siamo autorizzato(i) ad agire quale(i) rappresentante(i) legale(i):

- per persone fino a 16 anni capaci di discernimento: in caso d'autorità parentale congiunta è necessaria la firma di entrambi i detentori dell'autorità parentale. È necessaria la carta d'identità originale del / della titolare CIP e della persona detentore d'autorità parentale che lo accompagna. Per una persona detentore d'autorità parentale assente è necessario presentare un documento d'identità originale o una copia firmata a mano della carta d'identità (firma visibile).
- nell'ambito di una tutela a norma dell'art. 393 ss. Codice Civile Svizzero.

Fornire le prove di un rapporto di rappresentanza

Si prega di allegare prove adeguate, come ad esempio:

- certificato di famiglia per sposi; riconoscimento di paternità o certificato dello stato civile registrato per copie non sposate (certificati da ottenere presso l'ufficio dello stato civile);
- decreto di separazione / divorzio legalmente valido che evidenzia la custodia;
- certificato di tutela dell'autorità di protezione dei minori e degli adulti.

Il prossimo passo

Ora siete pronto(a) a visitare un [punto d'apertura CIP](#) di persona. Là saranno verificati i suoi dati di questo modulo e controllati i documenti d'identità originali che ha portato con sé. Si prega di non dimenticare i seguenti documenti:

- Questa **richiesta per aprire una CIP** – correttamente compilata e firmata **a mano**.
- Le seguenti prove:
 - **la MyTrustID personale** (come app sul Vostro cellulare personale). Avete registrato la Vostra MyTrustID personale in **anticipo** su register.trustid.ch/esanita.

*La MyTrustID personale va registrata in **anticipo da tutte le persone di età superiore ai 12 anni capaci di discernimento che desiderano accedere da sole alla loro CIP personale (non è permesso ai bambini di età inferiore ai 12 anni o alle persone tutelate).***

- **tessera dell'assicurazione malattie oppure il certificato AVS** per controllare il numero di sicurezza sociale (numero AVS)
- **documento d'identità ufficiale originale valido (passaporto, carta d'identità, permesso residenza stranieri) del(la) futuro(a) titolare CIP e,**

se richiesto, del rappresentante legale (genitori, tutore).

- *domanda di rappresentanza CIP: per i minori ai 16 anni o per le persone incapaci di discernimento (tutela), la rappresentanza CIP da parte del rappresentante legale deve essere richiesta in aggiunta alla domanda per aprire una CIP. Il modulo a questo proposito si trova qua: esanita.ch/it/download/#Antragsformulare*
- *se richiesto, la **prova del rapporto di rappresentanza legale**¹ (vedi pagina 2 in fondo)*

Bambini dai 12 anni in su devono essere presenti di persona al punto d'apertura CIP insieme al loro rappresentante legale e portare il loro cellulare (incl. il proprio numero di telefono e l'indirizzo e-mail) così come il suddetto documento d'identità originale se il / la bambino(a) desidera avere un proprio accesso all'CIP.



punti d'apertura CIP

Ulteriori informazioni

Si prega di consultare il nostro sito web esanita.ch per ulteriori informazioni dettagliate.

È possibile ottenere una panoramica completa delle funzionalità e delle configurazioni dell'CIP sul nostro sito esanita.ch/it/download nei documenti «Informazioni clienti sulla cartella informatizzata (CIP)» e «Come usare il portale CIP del paziente – Istruzioni per l'uso».

Conferma del punto d'apertura CIP

Punto
d'apertura CIP

Data / firma
persona esecutrice