Azienda Ospedaliera Santa Maria – Terni

AZIENDA OSPEDALIERA SANTA MARIA TERNI

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE
n. 0000427 del 17/06/2026

OGGETTO:

PA N. 37 REV. 02 RICHIESTA CARTELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA:DETERMINAZIONI

VISTA

Proposta n. 0000435 del 11/06/2026 a cura di S.S.D. Formazione Qualità e Comunicazione
Hash.pdf (SHA256):b395afe18a5c7a3bb549dd93f5a8ad6b0491791dfbd4a2d769865f23d9ae5828

firmata digitalmente da:

Il Responsabile S.S.D. Formazione Qualità e Comunicazione
Alessandra Ascani

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Parere: FAVOREVOLE
Doriana Sarnari

IL DIRETTORE SANITARIO
Parere: FAVOREVOLE
Domenico Montemurro

DELIBERA

Di fare integralmente propria la menzionata proposta che allegata al presente atto ne costituisce parte integrante e di disporre così come in essa indicato.

IL DIRETTORE GENERALE
Andrea Casciari

Il Dirigente della SSD Formazione Qualità Comunicazione Dr.ssa A. Ascani relaziona quanto segue:

Visto il D. Lgs.vo 30.12.1992 n. 502 "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*" e sue successive modifiche ed integrazioni

Richiamata la L. R. 9 aprile 2015 n. 11 recante "*Testo unico in materia di Sanità e Servizi Sociali*" pubblicata sul Bollettino Ufficiale n. 21 del 15/04/2015;

Premesso:

che la sentenza della corte di Giustizia europea del 26 ottobre 2023, in risposta alla causa c-307, stabilisce che, a carico del paziente, non possa ricadere alcun costo di ottenimento di una prima copia dei dati contenuti nella sua cartella medica.

Visto:

- i requisiti generali del regolamento regionale n. 10/2018 "**Disciplina in materia di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private"** al punto **2.5 GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA** stabilisce che **"**L'organizzazione deve definire in **modo documentato** responsabilità e criteri per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione (*tempi e modalità*), l'accesso (*tempi e modalità*) e l'eliminazione della documentazione sanitaria affinché sia accurata, leggibile, accessibile e redatta tempestivamente;

-Il documento Procedura Aziendale n. 37 revisione 02 "**Richiesta Cartella/Documentazione Clinica"** predisposto dalla Struttura Semplice Dipartimentale Formazione Qualità Comunicazione dell'Ospedaliera S. Maria di Terni che prevede un aggiornamento della PA n. 37 rev. 01 deliberazione del D.G. n 141 del 05/03/2026;

Ritenuto

-Pertanto necessario, per i motivi sopra esposti, approvare la Procedura aziendale n 37 rev. 02 "**Richiesta Cartella/Documentazione Clinica"** che deve intendersi sostitutiva della procedura attualmente in uso;

-che il predetto documento "Procedura Aziendale n. 37 rev 02 **Richiesta Cartella/Documentazione Clinica"** è conforme a quanto previsto dalle norme contenute nel manuale della qualità dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni "Delibera del Direttore Generale n 517 del 18/06/2014" e del regolamento regionale n. 10 del 2018 sopra richiamato ed inoltre alla citata sentenza in premessa, che prevede che carico del paziente, non possa ricadere alcun costo di ottenimento di una prima copia dei dati contenuti nella sua cartella medica;

Attestato che il presente provvedimento non comporta oneri finanziari;

Preso atto che il responsabile del procedimento, il Dirigente della Struttura proponente, attesta di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, tale da pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto ed attesta l'insussistenza di cause di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis della legge n. 241/90 e ss.mm.ii e art. 1, comma 9, lett. e) della Legge n. 190/2012 e l'inesistenza delle condizioni di incompatibilità di cui l'art. 35-bis del D. Lgs. n. 165/2001;

Dato atto che la formulazione della proposta di un atto deliberativo impegna la responsabilità del soggetto proponente in ordine alla regolarità amministrativa e legittimità del contenuto della stessa;

Giusta la premessa in narrativa che qui si intende integralmente richiamata,

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE DI

1. Approvare il documento Procedura Aziendale n. 37 rev. 02 "**Richiesta Cartella/Documentazione Clinica"** trasmessa dalla Struttura Semplice Dipartimentale Formazione Qualità Comunicazione dell'Ospedaliera S. Maria di Terni;
2. Dare atto che la P.A. n. 37 Revisione 02 sostituisce la precedente PA 37 rev. 01 approvata con delibera del DG n 141 del 05/03/2026;
3. Dare atto che, conformemente a quanto disposto dalla sentenza della corte di giustizia europea del 26/10/2023, è previsto che a carico del paziente, non possa ricadere alcun costo di ottenimento di una prima copia dei dati contenuti nella sua cartella medica;
4. Dare mandato alla SSD Formazione Qualità Comunicazione di attivarsi e monitorare la corretta applicazione procedurale del disposto di cui al punto 2 sopra richiamato;
5. Dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri finanziari;
6. Individuare quale responsabile del procedimento ai sensi e per gli effetti degli articoli 5 e 6 della Legge 7 agosto 1990 n. 241 il dott. Mauro Ciculi cui è delegato ogni atto esecutivo del presente provvedimento;
7. Rendere il presente atto immediatamente esecutivo.

Direttore SSD Formazione Qualità e Comunicazione
Dr.ssa Alessandra Ascani

Il Responsabile del Procedimento
Servizio Qualità e Accreditamento
Dott. Mauro Ciculi

Sommario

1. SCOPO ... 3
2. CAMPO DI APPLICAZIONE ... 3
3. TERMINI E ABBREVIAZIONI ... 3
4. MODALITA' ESECUTIVE / CONTENUTI ... 4
4.1 Presentazione Richiesta c/o Sportello FO ... 4
4.2 Invio Richiesta Cartella Clinica online ... 5
4.3 Attività propedeutiche alla produzione della Cartella Clinica ... 7
4.3.1 Pagamento PagoPa ... 7
4.3.2 Pagamento in contrassegno ... 7
4.3.3 Indicizzazione della richiesta e invio all'archivio ... 8
4.4 Produzione della Copia Cartella Clinica ... 8
4.5 Autorizzazione e Validazione della Copia Cartella Clinica ... 9
4.6 Consegna della Copia Cartella Clinica ... 9
4.6.1 Ritiro della Copia Cartella Clinica c/o il FO ... 9
4.6.2 Preparazione Plico ... 10
4.6.1 Spedizione Plico ... 11
4.7 Diagrammi di Flusso ... 13
5. RESPONSABILITA' ... 14
6. INDICATORI E CONTROLLI ... 15
7. RIFERIMENTI ... 15
8. DIFFUSIONE / DISTRIBUZIONE / LISTA DI DISTRIBUZIONE/ ARCHIVIAZIONE ... 15
9. ALLEGATI ... 16
Allegato N 1 Modulo richiesta copia Documentazione Sanitaria ... 17
Allegato N 2 Mod. A Delega per richiesta/ritiro copia Documentazione Sanitaria ... 19
Allegato n. 3 mod. Autocertificazione per richiesta/ritiro copia Documentazione Sanitaria di MINORE ... 21
Allegato N. 4 Modulo C. Autocertificazione per richiesta/ritiro copia Documentazione Sanitaria di paziente deceduto ... 23
Allegato N. 5 Modalità di Indicizzazione della richiesta ... 25

Redatto da	Referente Gruppo di lavoro Dott.ssa Moira Dell'Unto		
		Firma	*data*
Approvato da	Responsabile struttura emittente Dr.ssa Alessandra Ascani		
		Firma	*data*
Verificato/ Approvato	Serv. Qualità-Accreditamento Aziendale Dott. Mauro Ciculi		
		Firma	*data*

GRUPPO DI LAVORO	
funzione	**nome**
Responsabile SSD Formazione Qualità Comunicazione	Dr.ssa Alessandra Ascani
Servizio Qualità e Accreditamento	Dott.ssa Moira Dell'Unto
DMP	Dr. Massimo Rizzo
Ufficio Legale	Dott.ssa Raffaella Ranchetti
Ufficio Sistemi informatici	Dott. Massimo Domiziani
Direttore Amministrativo	Dr.ssa Doriana Sarnari
Ufficio BO CUP	Dott.ssa Governatori Gloria
Uff. Controllo di Gestione	Dott. Andrea Cannata
SC Economico Finanziario	Dott. Simone Sodano
Archivio Cartelle Cliniche	Dott.ssa Francesca Nicolini
Archivio Cartelle Cliniche	Dott.ssa Rita Allegretti
Archivio Cartelle Cliniche	Dott.ssa Raffaella Mallamaci
Archivio Cartelle Cliniche	Mariella Chieruzzi
SSD Formazione Qualità Comunicazione	Dott.ssa Lidia Fiorelli
URP	Dott. Maurizio Banconi

STATO DI AGGIORNAMENTO			
	Intero documento	**Prima stesura**	**22/01/2025**
1	**Intero documento**	**Integrazione Richiesta Cartella Clinica online**	**27/02/2026**
2	**Da pag 17 a 24**	**Sostituzione degli allegati n 1, 2, 3, 4.**	**10/06/2026**

1. SCOPO

La revisione 01 della procedura si è resa necessaria per semplificare i passaggi operativi, ridurre i tempi di lavorazione e garantire una maggiore sicurezza nell' erogazione della copia della documentazione clinica. La revisione inoltre risponde dall'esigenza di rendere il processo ancora più efficiente e allineato alle nuove esigenze operative integrando nuove modalità di gestione, come: l'invio delle richieste di cartelle cliniche via email, la gestione dell'indicizzazione a carico del CUP, l'adozione del metodo di pagamento PagoPa e dell'aggiuntiva modalità di spedizione in contrassegno, per rendere il processo ancora più efficiente e allineato alle nuove esigenze operative.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente documento ha l'obiettivo di garantire un'omogenea e tempestiva valutazione delle criticità evidenziate attraverso la realizzazione di strumenti condivisi con la DMPO, Servizio informatico, il BackOffice CUP, l'URP e l'archivio che hanno collaborato nella creazione di un motore preciso e accurato dei principi attivi di circolazione ognuno con le proprie competenze.

Gli obiettivi prefissati sono:

- Tracciabilità di tutte le richieste
- Digitalizzazione dei processi interni e verifica
- Monitoraggio delle richieste
- Ottimizzazione del processo integrato a supporto del CUP, archivio cartelle cliniche e DMP
- Adeguamento del sito aziendale

Gli attori operativi nel processo di gestione della richiesta della copia della cartella clinica sono:

- Ufficio Protocollo
- Ufficio Archivio delle cartelle cliniche
- Direzione Medica di Presidio
- Ufficio BO CUP Aziendale

La procedura si applica a tali strutture e alle relative interazioni, descritte nel dettaglio nel presente documento.

3. TERMINI E ABBREVIAZIONI

DMP Direzione medica ospedaliera
CUP Centro Unico Prenotazione
BO CUP: BACK OFFICE CUP
FO CUP: FRONT OFFICE CUP
Protocollo: sistema informatico 4interPa
JHIS: sofware gestionale sanitario
URP Ufficio Pubbliche Relazioni

4. MODALITA' ESECUTIVE / CONTENUTI

Il processo di gestione della produzione della copia di una cartella clinica in formato cartaceo si articola in un ciclo di vita che ha inizio con la presentazione della richiesta (via email o presso lo sportello FO CUP) e si conclude con la consegna manuale allo sportello o la spedizione postale al domicilio del richiedente.

Lo strumento informatico scelto per il tracciamento del ciclo di vita della richiesta è stato realizzato sulla piattaforma Protocollo già in uso c/o l'Azienda Ospedaliera di Terni con l'obiettivo di supportare le seguenti fasi di lavorazione:

1. Acquisizione della Richiesta di Copia Cartella Clinica
2. Protocollazione della Richiesta di Copia Cartella Clinica
3. Lavorazione della Copia Cartella Clinica
4. Validazione della Copia Cartella Clinica
5. Consegna/Spedizione della Copia Cartella Clinica

La richiesta di una cartella clinica può avvenire c/o lo sportello FO CUP oppure online tramite l'invio di una email all'indirizzo a documentazioneclinica@aospterni.it,

Nei suddetti uffici, nonché nel sito web dell'Azienda Ospedaliera di Terni, sono a disposizione dell'utente tutti i moduli necessari per formalizzare la richiesta, di seguito l'elenco della modulistica in uso allegati anche al presente documento:

1. MODULO RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA –ALL. 1
2. MOD.A_Delega_Doc_Sanit – ALL. 2
3. MOD.B_Autocertificazione_Doc_Sanit_Minore – ALL. 3
4. MOD.C_Autocertificazione_Doc_Sanit_Deceduto – ALL. 4

4.1 Presentazione Richiesta c/o Sportello FO

Il processo di richiesta è illustrato dal diagramma di flusso presente in Figura 4- processo richiesta c/o sportello FO Cup

Nel presente paragrafo si descrive la gestione della richiesta di copia documentazione della cartella clinica effettuata personalmente dall'utente intestatario della cartella o da persona delegata o legale rappresentante c/o gli sportelli del FO del CUP.

Il personale dello sportello dovrà effettuare le seguenti verifiche e attività operative:

- Verifica della **completezza della documentazione** presentata: inclusi moduli RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA e, nel caso in cui il richiedente risulti diverso dall'intestatario, moduli di delega o autocertificazioni presentati unitamente ai documenti di identità o fotocopie degli stessi che verranno accertati essere in corso di validità.

- A supporto delle operazioni di verifica ed esattezza dei dati relativi al ricovero (reparto, data ricovero e/o dimissione, trasferimenti interni, …) il FO utilizzerà il sistema **JHIS per:**
  - Verifica dell'esistenza di richieste di copie per la stessa cartella effettuate in precedenza alla richiesta in corso tramite ricerca in piattaforma Protocollo.
  - Generazione in duplice copia del protocollo da associare alla richiesta:
    - Una copia da unire alla pratica interna
    - Una copia da rilasciare all'utente per le successive comunicazioni
- **Incasso e fatturazione** del costo della cartella clinica (in caso di richiesta successiva alla prima) e/o delle spese di spedizione (in caso di esplicita richiesta dell'utente dell'invio della copia cartacea a domicilio).
- Consegna del numero di protocollo, delle eventuali fatture e dei moduli di delega per il ritiro della cartella al richiedente.
- Archiviazione e passaggio al BO CUP della pratica cartacea della richiesta per la successiva **scansione e inserimento** nel sistema documentale della piattaforma Protocollo per dare avvio alla lavorazione della stessa.

4.2Invio Richiesta Cartella Clinica online

Nel presente paragrafo si descrive la gestione delle richieste di copia della cartella effettuata direttamente dall'utente intestatario della cartella o della persona da lui delegata o suo legale rappresentante tramite invio di una email documentazionesanitaria@aospterni.it con allegati, tutti i moduli necessari a formalizzare la richiesta.
Si precisa che ad ogni email ricevuta, sarà inviata una conferma di avvenuta ricezione automatica.

Il processo è rappresentato nel diagramma di flusso Figura 5- processo richiesta via email

Qualora dovessero arrivare email di richiesta copia Cartella Clinica da parte di privati cittadini all'indirizzo protocollo@aospterni.it, queste saranno reindirizzate all'indirizzo documentazionesanitaria@aospterni.it così come tutte le richieste di informazioni da parte degli utenti legate alla produzione di copie di documentazione clinica.

Le richieste di cartelle cliniche provenienti da enti pubblici continueranno ad essere inoltrate alla DMP dall'ufficio Protocollo, come avviene attualmente.

La gestione e manutenzione della casella di posta documentazionesanitaria@aospterni.it è riservata al personale del BO CUP.

Nella fase di gestione della richiesta il personale del BO CUP dovrà accertare, come prima attività, la completezza della documentazione presentata, verificando la correttezza della compilazione, la completezza (se allegati tutti i moduli) e la validità (dei documenti di identità).

Nelle informazioni riportate nella email di richiesta, deve inoltre essere chiaramente specificato la modalità di ritiro (SPEDIZIONE o SPORTELLO CUP) e, la scelta della modalità di pagamento del costo di produzione della cartella derivante dalla tipologia di richiesta (se prima richiesta o richiesta successiva alla prima, se spedizione in A/R o in A/R in contrassegno).

In caso di informazioni incomplete o inesatte presenti nella email, il personale del BO CUP provvederà a richiedere le necessarie integrazioni. Solo al raggiungimento dello standard richiesto di qualità e completezza dell'istanza, la richiesta verrà protocollata e il relativo numero di protocollo sarà inviata all'utente.

Qualora l'email contenga la richiesta di più cartelle cliniche, verrà generato un numero di protocollo distinto per ciascuna richiesta. Ogni cartella seguirà un ciclo di lavorazione autonomo, prevedendo un modulo specifico e pagamenti separati, analogamente a quanto avviene per le richieste allo sportello.

Nel caso in cui nella stessa email venga richiesta sia la cartella clinica, sia la copia delle immagini radiografiche, le copie delle immagini radiografiche seguiranno il percorso attualmente in uso e separato.

Per supportare la verifica dell'esattezza dei dati relativi al ricovero (quali reparto, data di ricovero e/o dimissione, eventuali trasferimenti interni, ecc.), sarà utilizzato il sistema JHIS.

In presenza di dubbi sulle informazioni reperite tramite JHIS o sulla possibilità di produrre copia della documentazione richiesta, il BO potrà contattare l'Archivio delle cartelle per i necessari accertamenti. Qualora emerga l'impossibilità di evadere la richiesta, l'attività potrà essere chiusa, l'utente sarà informato dell'impossibilità a procedere (nella comunicazione deve essere indicato il relativo numero di protocollo).

Se la richiesta è ritenuta fattibile, in base alle preferenze espresse dall'utente per la modalità di pagamento, per ciascuna cartella richiesta il BO CUP predisporrà ed invierà all'utente tutta la modulistica necessaria all'eventuale pagamento (costi di spedizione e/o costi di riproduzione della copia successiva alla prima).

Qualora la richiesta non comporti alcun costo di spedizione e riproduzione e la modalità di ritiro espressa è c/o lo sportello CUP la richiesta non comporterà nessun costo per l'utente, che sarà pertanto informato dell'avvio della lavorazione, mediante email indicando il numero di protocollo assegnato dal BO CUP.

Per ogni altra tipologia di richiesta che comporti costi di spedizione e/o duplicazione della documentazione clinica, il processo include ulteriori attività prima dell'invio in lavorazione.

I parametri secondo i quali il BO CUP stabilirà il costo complessivo della richiesta di uno specifico ricovero di un determinato utente sono i seguenti:

TIPOLOGIA di RICHIESTA/spedizione	SPEDIZIONE A/R	CONTRASSEGNO
PRIMA RICHIESTA	8,00 EURO	8,00 EURO+ 4 EURO
RICHIESTA SUCCESSIVA ALLA PRIMA	15 + 8,00 EURO	15 + 8,00 + 4 EURO

Figura 1- TIPOLOGIA di Richiesta/Spedizione

4.3 Attività propedeutiche alla produzione della Cartella Clinica

Le attività che precedono l'invio in lavorazione della richiesta all'archivio dipendono dalla tipologia di richiesta/spedizione espressa dall'utente e dal metodo di pagamento scelto in caso di richiesta online: contrassegno (valido solo per spedizione) o PagoPa.

4.3.1 Pagamento PagoPa

Il metodo di pagamento tramite la piattaforma PagoPa può essere utilizzato solo ed esclusivamente dall'utente che effettua una richiesta online, in questo caso il personale del BO CUP provvede a:

- Generare l'avviso di pagamento sulla piattaforma PagoPa Umbria, selezionando la causale appositamente creata "DUPLICAZIONE/SPEDIZIONE DOCUMENTAZIONE CLINICA" inserendo il costo relativo della richiesta come da schema in Figura 1- TIPOLOGIA di Richiesta/Spedizione
- Inviare l'avviso di pagamento all'utente.
- Monitorare l'avvenuto pagamento attraverso la ricezione della ricevuta da parte dell'utente o attraverso il riscontro dello stesso pagamento nel report giornaliero fornito dalla S.C. Economico finanziario.

Si precisa che l'invio del report dei pagamenti su piattaforma PagoPa verrà effettuato dalla suddetta struttura tramite email a documentazionesanitaria@aospterni.it

Il BO CUP porrà la richiesta in lavorazione effettuando l'indicizzazione della stessa nel sistema Protocollo solo nel momento in cui avrà accertato l'avvenuto pagamento.

4.3.2 Pagamento in contrassegno

Il metodo di pagamento in Contrassegno può essere scelto solo ed esclusivamente dagli utenti che formulano una richiesta ONLINE con spedizione del plico via A/R.

Il BO CUP procederà direttamente all'indicizzazione della richiesta in Protocollo specificando la tipologia e il costo del pagamento in contrassegno nonché gli estremi per l'invio del plico al destinatario.

4.3.3 Indicizzazione della richiesta e invio all'archivio

Il BO CUP provvede all'inserimento in Protocollo di tutte le richieste pervenute via Front Office o Online.

Per le richieste pervenute a Sportello l'indicizzazione e l'invio in lavorazione deve essere effettuata precedentemente al ritiro della pratica cartacea ad opera del personale dell'archivio che in genere avviene alle ore 8.00 e alle ore 12.00 dei giorni feriali.

Nel caso di richieste pervenute a Sportello, il BO CUP prima dell'indicizzazione provvede alle seguenti attività:

- Scansione della richiesta e degli eventuali documenti allegati (deleghe, autocertificazioni, ecc.).
- Associazione delle scansioni al protocollo precedentemente generato dal FO CUP.

Nel caso di richieste pervenute online, le attività prima di provvedere all'indicizzazione della richiesta sono:

- salvataggio in formato elettronico della cronologia di email relative alla richiesta
- salvataggio in formato elettronico dei suoi allegati per poterli associare alla stessa, in fase di indicizzazione nel sistema protocollo.

La modalità di compilazione dei campi riservati al richiedente, intestatario, tiologia di richiesta nonché tipo di ritiro o spedizione è specificata in allegato 5: **Modalità Di Indicizzazione Della Richiesta.Pdf**

Nel caso di richieste pervenute a Sportello il CUP deve eseguire l'archiviazione della richiesta cartacea per il successivo ritiro da parte dell'archivio.

4.4 Produzione della Copia Cartella Clinica

La fase di produzione della copia della cartella clinica ha origine nella presa in carico da parte dell'archivio tramite protocollo e termina con la produzione del plico cartaceo che, in base alle preferenze espresse dall'utente potrà essere ritirata c/o lo sportello FO Cup o inviata allo stesso via raccomandata A/R.

In questa fase gli attori principali sono l'ufficio Archivio delle cartelle cliniche e la Direzione Medica di Presidio che risponde alle richieste pre o post generazione della cartella in termini di approvazione o diniego.

4.5 Autorizzazione e Validazione della Copia Cartella Clinica

La direzione medica di presidio autorizza la produzione di una copia di cartella clinica la cui richiesta può pervenire direttamente da Ente Pubblico tramite email protocollo o da Archivio delle Cartelle Cliniche. La direzione procede anche alla validazione finale pre-consegna o spedizione.

Le richieste che provengono da Ente Pubblico vengono gestite direttamente dall'archivio delle Cartelle Cliniche, che le riceve direttamente dagli Enti richiedenti o tramite inoltro via email dall'ufficio protocollo o dal Back Office CUP.

4.6 Consegna della Copia Cartella Clinica

La fase di produzione della cartella termina con la consegna c/o il FO CUP o all'ufficio Protocollo per la spedizione, In entrambi i casi l'attività è a carico dell'archivio.

Segue la disamina in base alla tipologia di ritiro espressa dal richiedente.

4.6.1 Ritiro della Copia Cartella Clinica c/o il FO

La consegna della copia cartacea della cartella clinica all'utente finale da parte del FO Cup prevede la compilazione di modulistica.

Effettuata la consegna del plico, la modulistica cartacea presentata dall'utente in fase di ritiro della cartella viene conservata nei locali del CUP sino alla scansione della stessa per la chiusura dell'intero processo nel sistema Protocollo

Come nella fase di avvio lavorazione la documentazione cartacea relativo al ritiro viene trasmessa all'archivio delle cartelle cliniche previa scansione e passaggio di stato in 'CONSEGNATA' in Protocollo.

Attraverso l'operazione di chiusura della pratica a seguito del ritiro del plico si completerà l'intero ciclo di vista della richiesta che resterà nello storico del sistema protocollo per ogni successiva ed eventuale ricerca.

4.6.2 Preparazione Plico

L'Archivio continuerà ad occuparsi **materialmente della preparazione dei plichi** e della **corretta compilazione della documentazione necessaria** per la spedizione in A/R mentre la consegna al corriere per la spedizione via posta resta in carico all'Ufficio Protocollo.

Le attività svolte dell'archivio comprendono:

1. Compilazione modulo invio raccomandata e ricevuta di ritorno (già in carico)
2. Compilazione del FRONTE della busta:



Nel Retro della busta apporre il modello 286 e l'avviso di ricevimento in apposita pellicola adesiva

Nel caso in cui l'utente abbia richiesto il pagamento in contrassegno si rende necessaria anche la:

3. Compilazione del modello **Mod. 286** nella modalità che segue

- Ufficio postale, Inserire **Terni**
- N……, lasciare vuoto
- Alla Cosegna dell'assicurata, barrare
- Raccomandata, Inserire numero corrispondente presente nell'etichetta adesiva con il codice a barre apposta nel modulo invio raccomandata precedentemente compilato
- Impostata, Inserire **Terni Agc Bramante**
- Data, Inserire la data di spedizione: lasciare vuoto
- Questo ufficio postale deve riscuotere dal destinatario, Inserire **cognome e nome del destinatario**
- Per conto del mittente Inserire **Azienda Ospedaliera Terni**
- L'assegno di: Inserire la cifra da pagare scritto in cifra e lettere

- Da rimborsare mediante versamanto sul c/c n° : Inserire il numero di versamento (barrare vaglia postale)
- Il mittente: Inserire il timbro azienda ospedaliera.
- Tutte le restanti informazioni, oscurate nella seguente figura, sono riservate all'uffico postale, non sono pertanto da inserire.


Posteitaliane

Mod. 286 - Cod. 058700 - Ed. 10/01 -,L3

IL CONTO CORRENTE POSTALE È IL MEZZO PIÙ SEMPLICE ED ECONOMICO PER OTTENERE IL RIMBORSO DELL'ASSEGNO

All'ufficio postale di ..... N° .....

Alla consegna dell'assicurata, raccomandata (1) n° .....

impostat..... a ..... il .....

questo ufficio postale deve riscuotere dal destinatario .....

per conto del mittente .....

l'assegno di € .....

da rimborsare mediante (1) { versamento sul c/c n° ..... / vaglia postale .....

Data .....

Il mittente .....

Bollo a data

L'impiegato dell'ufficio postale di origine

.....

Bollo lineare

Parte da riempire a cura dell'ufficio postale di destinazione

Consegnato l'oggetto sotto il n° ..... del Registro di consegna.

L'importo dell'assegno è stato convertito nell'unito vaglia n° .....

di € ..... (oppure) è stato versato sul c/c n° .....

con bollettino n° ..... (1)

Bollo a data

L'impiegato

.....

(1) cancellare le indicazioni superflue

Figura 2- Esempio modulo 286 - Contrassegno

Alla consegna del plico trasmesso all'ufficio protocollo per la spedizione, l'archivio procede all'inserimento nel sistema Protocollo delle informazione relative alla spedizione prima di porre la pratica in stato in 'SPEDITA'.

4.6.1 Spedizione Plico

La spedizone è interamente a carico dell'ufficio protocollo che, al momento dell'arrivo del plico procederà a compilare il CONTO DI CREDITO – MA _ N. Il modulo è già utilizzato per tutte le tipologie di spedizione, nel caso di racomandata in contrassegno deve esere compilato secondo le seguenti regole:

- N.ordine : Inserire numero corrispondente presente nell'etichetta adesiva con il codice a barre presente nella raccomandata
- Numero di Accet. E Valore dichiar, inserire il numero della raccomandata
- Assegno: cifra da riscuotere in cifre
- DESTINATARIO: nome e cognome
- DESTINAZIONE: città
- Valore della impronta e Peso, lasciare vuoto



N. d'ord. _____ mensile (1)

CONTO DI CREDITO - MA - N. _____

Aperto presso l'Ufficio di _____

Intestato a _____

Utente macchina affrancatrice _____ matricola _____

Spedizione delle **assicurate, raccomandate, pacchi** (2) effettuate il _____

FOGLIO N. _____

N. ordine	Numero di Accet.	Valore dichiar.	Assegno	DESTINATARIO	DESTINAZIONE	Valore della impronta	Peso
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							

TOTALE €. _____

(1) Indicare lo stesso numero d'ordine della scheda rendiconto.
(2) Cancellare il nome dell'oggetto che non fa parte della spedizione.

Bollo dell'Ufficio accettante

FIRMA DELL'IMPIEGATO ACCETTANTE

Cod. 2000006650 - [illegible]

Figura 3- Esempio CONTO DI CREDITO – MA – N.

4.7 Diagrammi di Flusso

Il diagramma di flusso mostrato di seguito sintetizza la fase di richiesta c/o sportello FO.

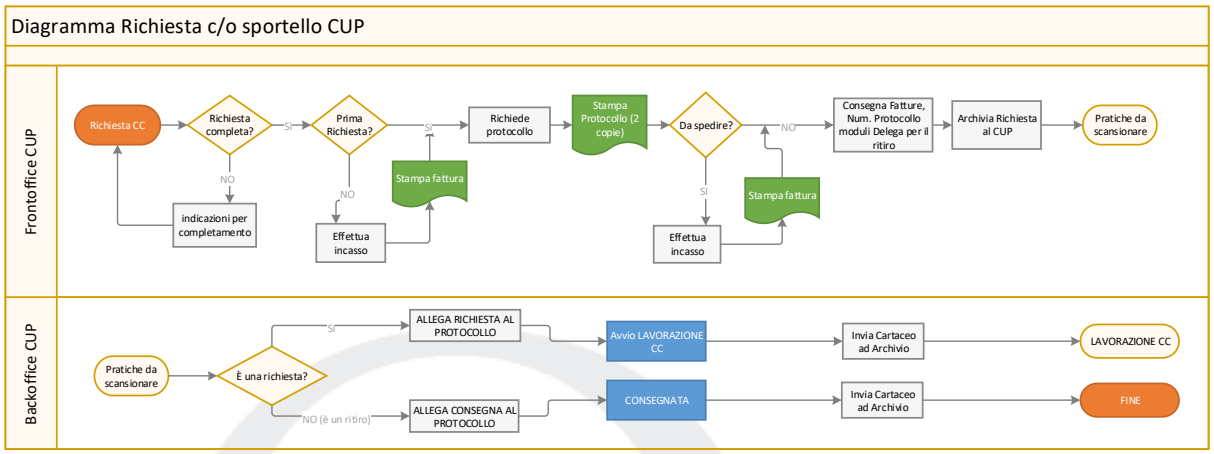


Figura 4- processo richiesta c/o sportello FO Cup

Il diagramma di flusso mostrato di seguito sintetizza la fase di richiesta online

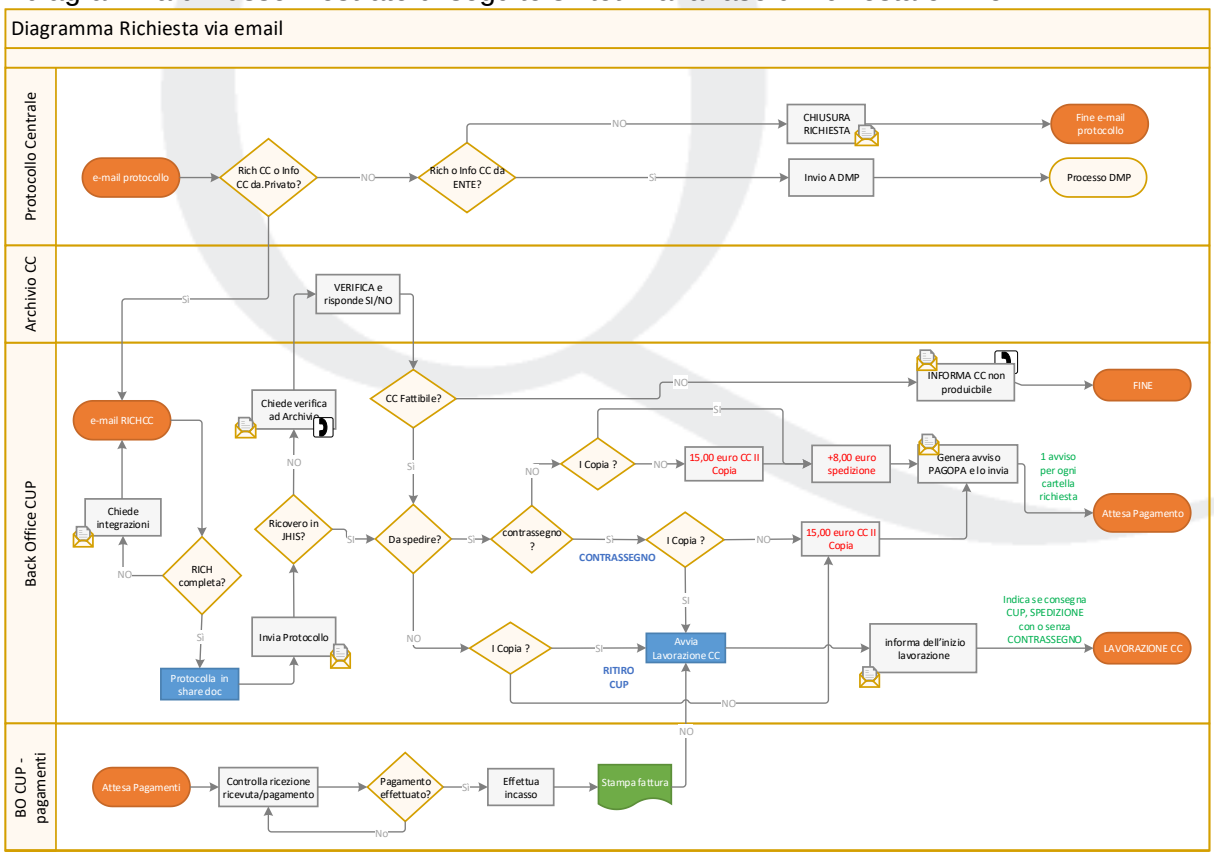


Figura 5- processo richiesta via email

Il diagramma di flusso mostrato di seguito sintetizza la fase lavorazione e consegna o spedizione

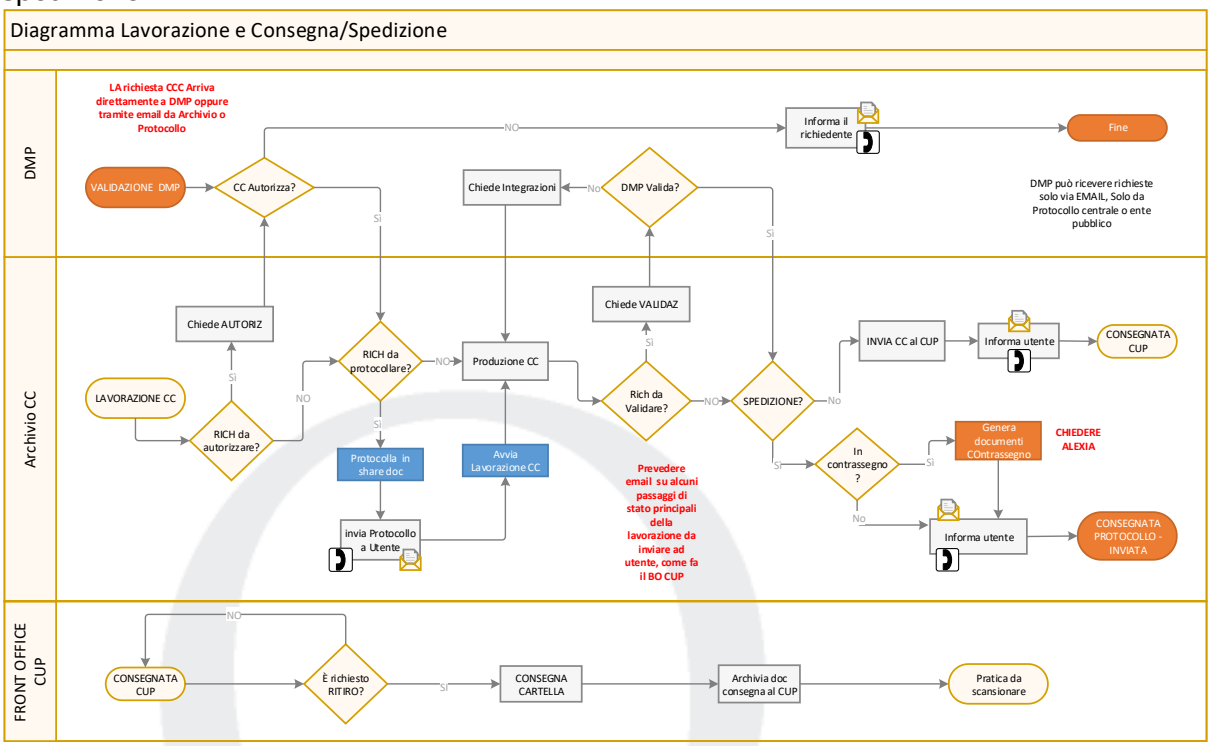


Figura 6- lavorazione e consegna Cartella Clinica

5. RESPONSABILITA'

Tutti gli operatori sanitari e il personale coinvolto nel processo di richiesta e fornitura della documentazione sanitaria sono tenuti al rispetto di quanto previsto nella presente procedura.

Matrice delle Responsabilità

Funzione / Attività di processo	DPMO	CUP	ARCHIVIO	PROT. CENTRALE
Protocollazione copia	**C**	**R**	**C**	**R**
Produzione copia	**R**	**C**	**R**	**I**
Validazione copia	**R**	**I**	**C**	**I**
Consegna copia	**R**	**R**	**R**	**R**

R = Responsabile per l'ambito di competenza **C = Coinvolto,** **I= Informato**

6. INDICATORI E CONTROLLI

Specificare quali controlli e quali indicatori vengono utilizzati per la valutazione di andamento del processo, se previsti.

OBIETTIVO	TIPO DI CONTROLLO	Frequenza controllo	Resp. controllo	INDICATORE (formula)	STANDARD / valore atteso	RESP. RILEVAZ.
Rispetto dei tempi di consegna	verifica rispetto della tempistica	mensile	Cup/archivio	Dati richiesta/ dati consegna	30 gg	DMP

7. RIFERIMENTI

- Codice in materia di protezione dei dati personali di cui al D.Lgs. 30 giugno 2003 n.196
- DPR 445 20/12/2000 "Disposizioni in materia di documentazione amministrativa "
- Legge 76 del 20/05/2016 "Regolamentazione delle unioni civili dello stesso sesso e delle convivenze"
- Legge 24 del 08/03/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"

✓ Regolamento Europeo GDPR 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)

✓ Sentenza della Corte di giustizia dell'Unione Europea Prima Sezione del 26 ottobre 2023.

8. DIFFUSIONE / DISTRIBUZIONE / LISTA DI DISTRIBUZIONE/ ARCHIVIAZIONE

La distribuzione avviene tramite protocollo o posta elettronica.

La procedura viene archiviata in formato elettronico e/o cartaceo in tutti gli uffici/strutture interessati all'utilizzo e/o alla revisione del documento. La copia originale della procedura viene archiviata dall'ufficio Qualità aziendale. La procedura approvata e deliberata è disponibile nella sezione intranet aziendale. È inoltre gestito secondo quanto riportato nella procedura generale di sistema: PGS 01 "Gestione dei documenti e delle registrazioni" deliberazione del direttore generale n. 697 del 04/10/2023.

9. ALLEGATI

1. Allegato N. 1 Richiesta copia documentazione sanitaria v2.0
2. Allegato N. 2 Mod.A_Delega_Doc_Sanit V1.0
3. Allegato N. 3 Mod.B_Autocertificazione_Doc_Sanit_Minore V1.0
4. Allegato N. 4 Mod.C_Autocertificazione_Doc_Sanit_Deceduto V1.0
5. Allegato N. 5 Modalità di indicizzazione della richiesta

Allegato N 1 Modulo richiesta copia Documentazione Sanitaria

DATI DELL'INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (**da compilare obbligatoriamente**)

Il sottoscritto _____ CF_____
(cognome e nome)

nato/a a _____ (____) il ____/____/_____

e residente a_____ (____) in Via _____

C.A.P._____ Cellulare*_____ email* _____

Identificazione a cura dell'ufficio preposto:

Estremi del documento_____ Rilasciato da _____ il ____/____/_____

DATI DEL RICHIEDENTE (**non compilare se il richiedente coincide con l'intestatario della documentazione**)

Il sottoscritto _____ CF_____
(cognome e nome)

nato/a a _____ (____) il ____/____/_____

e residente a_____ (____) in Via _____

C.A.P._____ Cellulare_____ email_____

Identificazione a cura dell'ufficio preposto:

Estremi del documento _____Rilasciato da _____il ___ /___/_____ in qualità di:

☐ Delegato dell'intestatario ☐ Erede dell'intestatario

☐ Esercente la responsabilità genitoriale sull'intestatario ☐ Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno intestatario

IMPORTANTE: in caso di richiedente non coincidente con l'intestatario della documentazione, **allegare:**
- delega dell'intestatario (**modulo A**);
- ove l'intestatario sia un minore, autocertificazione attestante l'esercizio della responsabilità genitoriale (**mod. B**);
- ove l'intestatario sia deceduto, autocertificazione attestante la qualità di erede (**mod. C**);
- ove il richiedente sia Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno dell'intestatario, copia del provvedimento attestante la titolarità del richiedente.

_____

Richiede il rilascio di cartella clinica/documentazione sanitaria in copia cartacea:

RICOVERO N. _____/_____del ____ /____/_____Reparto/Servizio _____ ☐ PS

Trasferito in _____NOTE_____

☐ **Autorizza la spedizione al seguente indirizzo**: ☐ A/R ☐ Pago PA ☐ contrassegno ☐ ritiro CUP

DESTINATARIO _____ VIA _____

CIVICO _____ CAP _____ COMUNE _____ PROVINCIA (____)

***L'indicazione dell'indirizzo email e del numero di cellulare è obbligatoria per le comunicazioni relative alla pratica.

1- Dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

2- Dichiara di accettare che il recapito della suddetta documentazione sanitaria avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dalla raccomandata postale, che prevede la consegna della posta anche a persona diversa dal destinatario presente nel domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc.), sollevando pertanto l'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni da ogni responsabilità legata allo smarrimento o alla visione della corrispondenza da parte di terzi non autorizzati.

L'Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni garantisce che il trattamento dei Suoi dati avviene nel rispetto del D.Lgs. 196/2003, del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 101/2018. La invitiamo a consultare l'informativa al link: https://www.aospterni.it/azienda/privacy/

_____ _____

LUOGO, DATA **FIRMA LEGGIBILE** (anche per attestazione dei punti 1 e 2)

Allegato N 2 DELEGA PER RICHIESTA/RITIRO COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Modulo A

Il/La sottoscritto/a_____C.F._____
(cognome e nome)

nato/a a _____il _____

e residente a _____ in Via_____

CAP_____ Prov._____ Cellulare_____ email_____

Doc._____ n._____ rilasciato il_____

in qualità di **intestatario** della documentazione sanitaria della quale si indicano qui di seguito i riferimenti:

data esame_____ prestazione_____

Ricovero dal _____ al _____ Reparto _____

DELEGA

Il/la Sig./Sig.ra_____C.F._____
(cognome e nome)

nato/a a _____ il _____

e residente a _____ in Via_____

CAP_____ Prov._____ Cellulare_____ email_____

Doc._____ n._____ rilasciato il_____

☐ al ritiro della documentazione sanitaria di cui sopra;
☐ a richiedere la spedizione della documentazione sanitaria di cui sopra

1- Solleva l'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni da ogni responsabilità anche relativa allo smarrimento o alla visione della documentazione stessa da parte di terzi non autorizzati, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi *ex* art. 76 del D.P.R. 445/2000.

2- Dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

L'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni garantisce che il trattamento dei Suoi dati avviene nel rispetto del D.Lgs. 196/2003, del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 101/2018. La invitiamo a consultare l'informativa al seguente link: https://www.aospterni.it/azienda/privacy/

_____ _____

LUOGO, DATA **FIRMA LEGGIBILE** (INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA)

Servizio Cartelle Cliniche e Ritiro Referti
Info tel. 0744 205020 martedì e giovedì ore 14:00-17:00
Ritiro Sportello dal lunedì al venerdì ore 08:00-17:00 - sabato ore 08:00-12:00

Allegato n. 3 AUTOCERTIFICAZIONE PER RICHIESTA/RITIRO COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DI MINORE

Modulo B

Il/La sottoscritto/a_____C.F._____
(cognome e nome)

nato/a_____il _____

e residente a _____ in Via_____

_____ CAP_____ Prov._____Tel._____

Doc._____n._____rilasciato il_____

DICHIARA

di essere

☐ Genitore esercente la responsabilità genitoriale

☐ Tutore/Curatore/Genitore affidatario

(nel caso di Tutore/Curatore/Genitore affidatario del Minore, allegare provvedimento attestante la titolarità del richiedente)

del Minore_____
(cognome e nome)

nato/a_____il_____Doc._____n._____

rilasciato il_____

CHIEDE COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Data esame_____ Prestazione_____

Ricovero dal _____ al _____ Reparto _____

Modalità ritiro:

☐ allo sportello
☐ spedizione

1- Solleva l'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni da ogni responsabilità anche relativa allo smarrimento o alla visione della documentazione stessa da parte di terzi non autorizzati, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi *ex* art. 76 del D.P.R. 445/2000.

2- Dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

L'Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni garantisce che il trattamento dei Suoi dati avviene nel rispetto del D.Lgs. 196/2003, del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 101/2018. La invitiamo a consultare l'informativa al seguente link: https://www.aospterni.it/azienda/privacy/

_____ _____

LUOGO, DATA **FIRMA LEGGIBILE**

Servizio Cartelle Cliniche e Ritiro Referti
Info tel. 0744 205020 martedì e giovedì ore 14:00-17:00
Ritiro Sportello dal lunedì al venerdì ore 08:00-17:00 - sabato ore 08:00-12:00

Allegato N. 4 AUTOCERTIFICAZIONE PER RICHIESTA/RITIRO COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DI PAZIENTE DECEDUTO

Modulo C

Il/La sottoscritto/a_____C.F._____
(cognome e nome)

nato/a a _____ il _____

e residente a _____ in Via_____

_____ CAP_____ Prov. _____Tel._____

Doc._____ n._____ rilasciato il_____

DICHIARA

di essere Erede del/della Sig./Sig.ra _____
(cognome e nome)

nato/a_____ (_____) il_____

Deceduto/a il _____, con il/la quale ha la seguente relazione di parentela_____

Dichiara altresì _____

_____

CHIEDE COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Data Esame_____Prestazione_____

Ricovero dal _____ al _____ Reparto _____

Modalità ritiro:

☐ allo sportello
☐ spedizione

1- Solleva l'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni da ogni responsabilità anche relativa allo smarrimento o alla visione della documentazione stessa da parte di terzi non autorizzati, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi *ex* art. 76 del D.P.R. 445/2000.

2- Dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

L'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni garantisce che il trattamento dei Suoi dati avviene nel rispetto del D.Lgs. 196/2003, del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 101/2018. La invitiamo a consultare l'informativa al seguente link: https://www.aospterni.it/azienda/privacy/

_____ _____

LUOGO, DATA **FIRMA LEGGIBILE**

Servizio Cartelle Cliniche e Ritiro Referti
Info tel. 0744 205020 martedì e giovedì ore 14:00-17:00
Ritiro Sportello dal lunedì al venerdì ore 08:00-17:00 - sabato ore 08:00-12:00

Allegato N. 5 Modalità di Indicizzazione della richiesta

Dati Richiedente :è obbligatoria la compilazione completa di tutti i campi se l'intestatario non coincide con il richiedente

Dati intestatario : è obbligatoria la compilazione dei seguenti campi *nome, cognome, data e luogo di nascita, recapito telefonico, email intestatario.*

Dati Richiesta: è obbligatorio la compilazione dei seguenti campi, *protocollo richiesta, allegati richiesta, numero cartella clinica, data ricovero e specificare l'urgenza*



Dati ricovero: *è obbligatorio inserire il reparto ingresso e num. Referto Pronto/soccorso*



Dati consegna: è obbligatoria la compilazione dei seguenti campi *destinatario di spedizione, indirizzo di spedizione, tipologia di consegna dove sarà possibile selezionare uno dei seguenti valori:*

1. *Spedizione AR*
2. *Spedizione AR in contrassegno*
3. *A mano*
4. *CUP*

LISTA DI DISTRIBUZIONE							
N.	**COGNOME NOME**	**FUNZIONE E STRUTTURA**	**FIRMA**	**N.**	**COGNOME NOME**	**FUNZIONE E STRUTTURA**	**FIRMA**