

OhioHealth

Informativa congiunta sulle pratiche relative alla privacy

Questo avviso descrive come le informazioni mediche su di Lei possono essere utilizzate e divulgate e come è possibile avere accesso a queste informazioni. Rivederlo attentamente.

OhioHealth è un sistema sanitario che include ospedali, cliniche, centri sanitari comunitari, assistenza sanitaria a domicilio e molti altri operatori sanitari. Questa Informativa congiunta sulle pratiche relative alla privacy (Informativa) si applica a OhioHealth, al suo personale medico e ai fornitori associati della comunità che partecipano agli accordi di assistenza sanitaria organizzata. Si applica solo ai servizi forniti nel nostro ruolo di fornitori di assistenza sanitaria, e non si applica alle funzioni non sanitarie come quelle relative a determinati servizi di fitness, benessere, lifestyle, didattica, datore di lavoro, preparazione atletica e servizi di sensibilizzazione.

I nostri fornitori di assistenza sanitaria lavorano insieme per fornire cure di qualità ai nostri pazienti. Come consentito dalla legge, le informazioni sanitarie protette sono condivise come necessario per effettuare il trattamento, il pagamento e le operazioni di assistenza sanitaria. Scopo di questa informativa è comunicare come condividiamo le Sue informazioni e come è possibile saperne di più sulle nostre pratiche di condivisione delle informazioni.

Potrebbe aver ricevuto questa Informativa prima di una visita in ospedale, o potrebbe riceverla nel luogo della Sua visita al Suo arrivo. Sul modulo di consenso al trattamento per questa visita, Le verrà chiesto di confermare la ricezione di questa Informativa congiunta sulle pratiche di privacy.

I. Abbiamo il dovere legale di proteggere le Sue informazioni sanitarie protette.

Siamo tenuti per legge a mantenere la privacy delle Sue informazioni sanitarie protette e a fornirLe una informativa in relazione ai nostri doveri legali e delle pratiche di privacy. Siamo tenuti a informarLa in caso di violazione delle Sue informazioni sanitarie protette. Siamo tenuti a rispettare i termini di questa Informativa finché rimane in vigore. Ci riserviamo il diritto di modificare i termini di questa Informativa, se necessario, e di rendere la nuova Informativa efficace per tutte le informazioni sanitarie protette mantenute da noi. Potrebbe ricevere una copia di una Informativa rivista presso il dipartimento di registrazione di questa struttura o una copia potrebbe essere ottenuta contattando il responsabile della privacy di OhioHealth. Vedere le informazioni di contatto nella Sezione VII di questa Informativa.

II. Potremmo usare e divulgare (condividere) le Sue informazioni sanitarie protette

- 1. La Sua autorizzazione.** Ad eccezione di quanto indicato in questa Informativa, non useremo e/o divulgheremo le Sue informazioni sanitarie protette per alcuno scopo a meno che Lei non abbia firmato un modulo che ne autorizza l'uso e/o la divulgazione. Lei ha il diritto di revocare tale autorizzazione per iscritto, a meno che noi non abbiamo intrapreso un'azione in base all'autorizzazione. Ci sono alcuni usi e divulgazioni delle Sue informazioni sanitarie protette per le quali otterremo sempre un'autorizzazione preventiva e queste includono:

- **Comunicazioni di marketing.** Ai fini di questo documento, le comunicazioni di marketing non includono quanto segue: se la comunicazione è fatta direttamente a Lei di persona, è semplicemente un regalo promozionale di valore nominale, è un promemoria per ripetere una prescrizione, informazioni generali sulla salute o il benessere, o una comunicazione su prodotti o servizi relativi alla salute che offriamo o che sono direttamente collegati al Suo trattamento.
 - **Vendite delle informazioni sanitarie protette.** Otterremo la Sua autorizzazione per la vendita delle Sue informazioni sanitarie protette, a meno che non vengano utilizzate per scopi di trattamento o pagamento o come richiesto dalla legge.
 - **Usi e divulgazioni delle note di psicoterapia.** Otterremo la Sua autorizzazione per la maggior parte degli usi e delle divulgazioni delle Sue note di psicoterapia, a meno che non sia altrimenti permesso o richiesto dalla legge.
- 2. Trattamento.** Possiamo usare e divulgare le Sue informazioni sanitarie protette come necessario per il Suo trattamento. Per esempio:
- Medici e infermieri e altri professionisti coinvolti nella Sua cura useranno le informazioni contenute nella Sua cartella clinica e le informazioni che Lei fornirà sui suoi sintomi e reazioni per pianificare un ciclo di trattamento per Lei che può includere procedure, farmaci, test, ecc.
 - Possiamo rilasciare le Sue informazioni sanitarie protette a un'altra struttura sanitaria o a un professionista che non è affiliato a noi, ma che Le sta fornendo o Le fornirà il trattamento. Per esempio, se dopo aver lasciato l'ospedale, riceverà assistenza sanitaria a domicilio, potremmo rilasciare le Sue informazioni sanitarie protette a quell'agenzia di assistenza sanitaria a domicilio in modo che possa essere preparato per Lei un piano di assistenza.
 - Se sei in cura per una lesione al ginocchio, potremmo condividere le Sue informazioni sanitarie protette con il personale di fisioterapia in modo che possano aiutarLa a pianificare la Sua attività.
- 3. Pagamento del Suo trattamento.** Possiamo usare e divulgare le Sue informazioni sanitarie protette come necessario per gli scopi di pagamento di quei professionisti e strutture sanitarie che Le hanno fornito trattamenti e servizi. Per esempio, potremmo inoltrare le informazioni riguardanti le Sue procedure mediche e il Suo trattamento alla Sua compagnia assicurativa per organizzare il pagamento dei servizi che Le sono stati forniti, o potremmo usare le Sue informazioni per preparare una fattura da inviare a Lei o alla persona responsabile del Suo pagamento.
- 4. Operazioni di assistenza sanitaria.** Possiamo usare e divulgare le Sue informazioni sanitarie protette come necessario, e come permesso dalla legge, per le nostre operazioni di assistenza sanitaria che includono il miglioramento clinico, la revisione professionale tra pari, la gestione aziendale, l'accreditamento e la licenza, ecc. Per esempio:
- Potremmo utilizzare e divulgare le Sue informazioni sanitarie protette per migliorare il trattamento clinico e la cura dei nostri pazienti.
 - Potremmo usare e divulgare le Sue informazioni sanitarie protette da e tra le nostre strutture sanitarie affiliate e i membri dell'accordo di assistenza sanitaria organizzata per le nostre operazioni di assistenza sanitaria e quelle dell'accordo di assistenza sanitaria organizzata.
 - Potremmo anche divulgare le Sue informazioni sanitarie protette a un'altra struttura sanitaria, a un professionista dell'assistenza sanitaria o a un piano sanitario per cose come il controllo della qualità e la gestione dei casi, ma solo se anche quella struttura, quel professionista o quel piano ha o ha avuto una relazione con Lei.

- 5. Ricerca.** In circostanze limitate, potremmo usare e divulgare le Sue informazioni sanitarie protette per scopi di ricerca. Per esempio:
- Un'organizzazione di ricerca potrebbe voler confrontare i risultati di tutti i pazienti che hanno ricevuto un particolare farmaco e avrà bisogno di rivedere una serie di cartelle cliniche.
 - In tutti i casi in cui la Sua autorizzazione specifica non sia stata ottenuta, la Sua privacy sarà protetta da severi requisiti di riservatezza applicati da un Institutional Review Board o da un comitato per la privacy che supervisiona la ricerca o da dichiarazioni dei ricercatori che limitano l'uso e la divulgazione di informazioni sanitarie protette.
- 6. Appuntamenti e servizi.** Potremmo contattarla per fornirle promemoria degli appuntamenti o risultati di test o altri servizi. Lei ha determinati diritti riguardo a queste comunicazioni, come spiegato nella sezione V.
- 7. Partner commerciali.** Alcune componenti dei nostri servizi sono eseguite da persone o organizzazioni esterne con cui abbiamo un contratto, come la revisione, l'accreditamento, i servizi legali, ecc. A volte potrebbe essere necessario per noi fornire le Sue informazioni sanitarie protette a una o più di queste persone o organizzazioni esterne che ci assistono. In tutti i casi, richiediamo a questi partner commerciali di salvaguardare adeguatamente la privacy delle Sue informazioni.
- 8. Altri usi e divulgazioni.** Ci è permesso o richiesto dalla legge di fare determinati altri usi e divulgazioni delle Sue informazioni sanitarie protette senza il Suo consenso o autorizzazione.
- Potremmo rilasciare le Sue informazioni sanitarie protette per qualsiasi scopo richiesto dalla legge;
 - Potremmo rilasciare le Sue informazioni sanitarie protette per attività di salute pubblica, come la segnalazione obbligatoria di malattie, lesioni, nascite e decessi, e per indagini di salute pubblica richieste;
 - Potremmo rilasciare le Sue informazioni sanitarie protette come richiesto dalla legge se sospettiamo un abuso o una negligenza sui bambini e come richiesto dalla legge se crediamo che Lei sia vittima di abuso, negligenza o violenza domestica;
 - Potremmo rilasciare i dati relativi alle vaccinazioni alla scuola dello studente, ma solo se i genitori o i tutori (o lo studente se non è minorenne) esprimono il consenso, oralmente o per iscritto;
 - Potremmo rilasciare le Sue informazioni sanitarie protette alla Food and Drug Administration se necessario per segnalare eventi avversi, difetti di prodotto o per partecipare a ritiri di prodotti;
 - Potremmo rilasciare le Sue informazioni sanitarie protette al Suo datore di lavoro quando Le abbiamo fornito assistenza sanitaria su richiesta del Suo datore di lavoro per determinare una malattia o una lesione legata al luogo di lavoro, e nella maggior parte dei casi, riceverà una notifica per informarla che informazioni verranno divulgate al Suo datore di lavoro;
 - Potremmo rilasciare le Sue informazioni sanitarie protette se richiesto dalla legge a un'agenzia governativa di controllo che conduce verifiche, indagini o procedimenti civili o penali;
 - Potremmo rilasciare le Sue informazioni sanitarie protette se richiesto da un mandato di comparizione o da una richiesta di discovery, e in alcuni casi, riceverà notifica di tale rilascio;
 - Potremmo rilasciare le Sue informazioni sanitarie protette ai funzionari delle forze dell'ordine, come richiesto dalla legge, per segnalare ferite e lesioni e crimini;

- Potremmo rilasciare le Sue informazioni sanitarie protette a medici legali e/o direttori di pompe funebri in conformità con la legge;
- Potremmo rilasciare le Sue informazioni sanitarie protette se necessario per organizzare una donazione di organi o tessuti da parte Sua o un trapianto a Suo favore;
- Potremmo rilasciare le Sue informazioni sanitarie protette per alcuni scopi di ricerca quando tale ricerca sarà approvata da un comitato di revisione istituzionale con regole stabilite per garantire la privacy;
- Potremmo rilasciare le Sue informazioni sanitarie protette in casi limitati se sospettiamo una seria minaccia alla salute o alla sicurezza;
- Potremmo rilasciare le Sue informazioni sanitarie protette se Lei è un membro dell'esercito come richiesto dai servizi delle forze armate, e anche se necessario per la sicurezza nazionale o le attività di intelligence; e
- Potremmo rilasciare le Sue informazioni sanitarie protette alle agenzie per gli indennizzi per infortuni sul lavoro se necessario per la determinazione dei suoi benefici di indennizzo.

III. Accordo Organized Health Care

OhioHealth partecipa a uno o più accordi di assistenza sanitaria organizzata (OHCA) con altri fornitori della comunità, come ospedali e studi medici, che usano il nostro sistema di cartelle cliniche elettroniche Epic. Partecipando all'OHCA, possiamo ricevere informazioni su di Lei per via elettronica da altri fornitori partecipanti all'OHCA e potremmo mettere le informazioni su di Lei a disposizione degli altri fornitori partecipanti. Noi e gli altri fornitori partecipanti usiamo le Sue informazioni per curarLa, coordinare la Sua assistenza, cercare il pagamento per la Sua assistenza e per le operazioni di assistenza sanitaria (come la valutazione e il miglioramento della qualità dell'assistenza dei fornitori partecipanti di OHCA).

I fornitori che partecipano all'OHCA sono organizzazioni indipendenti e nessun fornitore partecipante è un dipendente, agente, partner o joint venture di un altro fornitore partecipante (tranne in circostanze limitate quando un fornitore partecipante abbia stipulato un accordo separato con un altro fornitore partecipante). Ogni fornitore ha intrapreso separatamente i passi necessari per partecipare all'OHCA e condivide le informazioni del paziente per il trattamento e altri scopi consentiti dalla legge.

IV. Ha la possibilità di opporsi (“Opt-Out”) ai seguenti usi e divulgazioni:

1. **Il nostro elenco delle strutture.** Manteniamo un elenco della struttura in cui compare il Suo nome, la posizione o il numero della stanza, le condizioni generali e, se lo desidera, la Sua fede religiosa. A meno che Lei non scelga di far escludere le sue informazioni da questo elenco, le informazioni, esclusa la Sua fede religiosa, saranno divulgate a chiunque ne faccia richiesta chiedendo di Lei per nome. Queste informazioni, compresa la Sua fede religiosa, potrebbero anche essere fornite ai membri del clero. Lei ha il diritto, durante la registrazione, di far escludere le Sue informazioni da questo elenco e anche di limitare ragionevolmente quali informazioni sono fornite e/o a chi sono fornite.
2. **Famiglia e amici coinvolti nella Sua cura.** In determinate condizioni, potremmo di tanto in tanto divulgare le Sue informazioni sanitarie protette a familiari, amici e altri che sono coinvolti nella Sua cura o nel pagamento della Sua cura al fine di facilitare il coinvolgimento di quella persona nella Sua cura o nel pagamento della stessa. Se Lei non fosse disponibile, fosse impossibilitato o stesse affrontando una situazione medica di emergenza e noi determiniamo che una divulgazione

limitata possa essere nel Suo migliore interesse, potremmo condividere informazioni sanitarie protette limitate con tali individui senza la Sua approvazione. Potremmo anche divulgare informazioni sanitarie protette limitate a un'entità pubblica o privata che è autorizzata ad assistere negli sforzi di soccorso in caso di disastri affinché tale entità possa localizzare un membro della famiglia o altre persone che possono essere coinvolte in qualche aspetto della Sua cura.

3. **Raccolta di fondi.** Porzioni limitate delle Sue informazioni sanitarie protette possono essere utilizzate per contattarLa per donare a uno sforzo di raccolta fondi per o per nostro conto. Queste informazioni limitate possono includere il Suo nome, indirizzo, altre informazioni di contatto, età, sesso, data di nascita, date dell'assistenza sanitaria ricevuta da OhioHealth, medici curanti, dipartimenti e informazioni sui risultati, nonché lo stato di assicurazione sanitaria. L'utilizzo di questa quantità limitata di informazioni ci permette di essere più specifici con i nostri sforzi di raccolta fondi. Lei ha il diritto di rinunciare a ricevere materiali/comunicazioni per la raccolta di fondi e può farlo inviando il Suo nome e indirizzo all'Ufficio Etica e Conformità di OhioHealth, 3430 OhioHealth Parkway, Columbus, Ohio 43202, o a **CompliancePrivacy@ohiohealth.com** con una dichiarazione che non desidera ricevere materiali o comunicazioni per la raccolta di fondi da parte nostra.

V. I Suoi diritti relativi alle Sue informazioni sanitarie protette

1. **Accesso alle Sue informazioni sanitarie protette.** Lei ha il diritto di ricevere copia e/o ispezionare gran parte delle informazioni sanitarie protette che conserviamo per Suo conto.
 - OhioHealth raccomanda MyChart per un accesso immediato a determinate informazioni. Se non ha un account MyChart, è possibile crearne uno su: <https://mychart.ohiohealth.com/MyChart/signup>
 - Tutte le richieste di accesso devono essere effettuate per iscritto e firmate da Lei o dal Suo rappresentante. Qualora ci fossero costi previsto, glielo comunicheremo in anticipo.
 - Addebiteremo anche le spese di spedizione qualora Lei richiedesse una copia per posta e addebiteremo le spese di preparazione di un riassunto delle informazioni richieste qualora Lei lo richiedesse. Può ottenere un modulo di richiesta di accesso dal Medical Records Department di questa struttura.
 - Ha il diritto di ottenere una copia elettronica delle Sue informazioni sanitarie protette che esistono in un formato elettronico e potrà richiedere che la copia sia trasmessa direttamente a un'entità o persona da Lei indicata, a condizione che tale indicazione sia chiara, evidente e specifica con nome completo e indirizzo postale o altre informazioni di identificazione.
 - Potremmo addebitarLe un costo per il nostro lavoro e le forniture per preparare la Sua copia delle informazioni sanitarie protette elettroniche.
2. **Modifiche alle Sue informazioni sanitarie protette.** Se ritiene che ci sia un errore nelle Sue informazioni sanitarie protette o che le informazioni debbano essere modificate per essere accurate, Lei ha il diritto di richiedere per iscritto la modifica o la correzione delle Sue informazioni sanitarie protette.
 - Non siamo obbligati ad apportare tutte le modifiche richieste, ma daremo ad ogni richiesta un'attenta considerazione.

- Tutte le richieste di modifica, per essere prese in considerazione da noi, devono essere in forma scritta, firmate da Lei o dal Suo rappresentante, e devono indicare le ragioni della richiesta di modifica/correzione.
 - Se una modifica o una correzione da Lei richiesta viene apportata da noi, potremmo anche informare altre persone che lavorano con noi e che hanno copie del record non corretto, qualora dovessimo ritenere che tale notifica sia necessaria.
 - Può ottenere un modulo di richiesta di modifica dal Medical Records Department di questa struttura.
- 3. Resoconto delle divulgazioni delle Sue informazioni sanitarie protette.** Lei ha il diritto di ricevere un resoconto di determinate divulgazioni effettuate da noi delle Sue informazioni sanitarie protette. Questo diritto non si applica alle divulgazioni effettuate a scopo di trattamento, pagamento o operazioni sanitarie.
- Tali richieste devono essere effettuate per iscritto e firmate da Lei o dal Suo rappresentante.
 - I moduli di richiesta di resoconto sono disponibili presso il Medical Records Department di questa struttura.
 - Il primo resoconto in qualsiasi periodo di 12 mesi è gratuito; potrebbe essere addebitato un costo per ogni resoconto successivo richiesto nello stesso periodo di 12 mesi.
 - I resoconti saranno limitati a sei anni prima della data della richiesta.
- 4. Restrizioni all'uso e alla divulgazione delle Sue informazioni sanitarie protette.** Ha il diritto di richiedere limiti su come usiamo e divulghiamo le Sue informazioni sanitarie protette per il trattamento, il pagamento o le operazioni di assistenza sanitaria.
- Non è possibile limitare gli usi che ci sono consentiti dalla legge.
 - Un modulo di richiesta di restrizione può essere ottenuto dal Medical Records Department di questa struttura.
 - Nella maggior parte dei casi, non siamo obbligati ad accettare la Sua richiesta di restrizione, ma cercheremo di accomodare le richieste ragionevoli quando è il caso.
 - Ci riserviamo il diritto di porre fine a una restrizione concordata se riteniamo che sia opportuno farlo. In tal caso, La informeremo.
 - Lei ha anche il diritto di porre fine a qualsiasi restrizione concordata inviando una notifica scritta, firmata da Lei o dal Suo rappresentante, al Medical Records Department di questa struttura.
 - Se Lei paga l'intera fattura per un servizio, di tasca Sua, e ci chiede di non inviare informazioni su quello specifico servizio alla Sua assicurazione per il pagamento, onoreremo questa richiesta finché le informazioni non saranno necessarie per spiegare altri servizi per i quali la Sua assicurazione riceverà fattura.
- 5. Comunicazioni riservate.** Lei ha il diritto di richiedere e noi accetteremo le richieste ragionevoli da Lei o dal Suo rappresentante di ricevere comunicazioni riguardanti le Sue informazioni sanitarie protette da noi con mezzi alternativi o in luoghi alternativi. Per esempio, se desidera che i promemoria degli appuntamenti non siano lasciati sulla segreteria telefonica o che siano inviati a un indirizzo particolare, accetteremo richieste ragionevoli. Lei può richiedere tale comunicazione confidenziale per iscritto e può inviare la Sua richiesta al Medical Records Department di questa struttura.

- 6. Copia cartacea.** Ha il diritto di ottenere una copia cartacea di questa Informativa, anche se ha richiesto tale copia via e-mail o altri mezzi elettronici.

VI. Notifica di rilasci non autorizzati

Nel caso in cui si verifichi una violazione delle Sue informazioni sanitarie protette, riceverà un avviso e informazioni sui passi che può intraprendere per proteggersi dai danni.

VII. Domande e reclami

Se ha domande o ha bisogno di ulteriore assistenza riguardo a questa informativa, è possibile contattare il responsabile della privacy di OhioHealth al 3430 OhioHealth Parkway, Columbus, Ohio 43202, o chiamare il numero 1-866-411-6181. Se ritiene che i Suoi diritti alla privacy siano stati violati o non è d'accordo con una decisione che abbiamo preso sull'accesso alle Sue informazioni sanitarie protette, è possibile contattare:

- Responsabile della privacy di OhioHealth, o
- Segretario dell'U.S. Department of Health and Human Services a Washington D.C. per iscritto entro 180 giorni da una violazione dei Suoi diritti.
- Non ci saranno ritorsioni per la presentazione di un reclamo.

VIII. Data di entrata in vigore

Questa Informativa congiunta sulle pratiche relative alla privacy è in vigore dal 1 giugno 2017. Rivista il 16 marzo 2021.