

AVVISO SULLA RISERVATEZZA

IL PRESENTE AVVISO DESCRIVE COME VENGONO UTILIZZATE E DIVULGATE LE INFORMAZIONI MEDICHE E LE INFORMAZIONI RELATIVE ALL'USO DI ALCOL E DROGHE SUL VOSTRO CONTO E COME POTRETE AVERVI ACCESSO. LEGGETELO CON ATTENZIONE.

Informazioni di carattere generale

Le informazioni sulle cure e i trattamenti a cui siete sottoposti, compreso il relativo pagamento, sono protette da due leggi federali: la Legge sulla responsabilità e trasferibilità in materia di copertura assicurativa del 1996 (“HIPAA”)* e la Legge sulla riservatezza**. In base a queste leggi il programma non può informare una persona al di fuori del programma della vostra partecipazione ad esso, così come non può divulgare né informazioni che vi identifichino come persona che fa abuso di alcool o droghe né altre informazioni protette, tranne nei casi autorizzati dalle leggi federali sotto riportate.

Il programma deve aver ricevuto il vostro consenso scritto prima di poter divulgare informazioni su di voi ai fini del pagamento. Ad esempio, il programma deve aver ricevuto il vostro consenso scritto prima di poter comunicare informazioni alla vostra assicurazione contro le malattie per il pagamento dei servizi resi. In linea generale dovete anche firmare un consenso scritto prima che il programma possa condividere informazioni ai fini di cure o operazioni sanitarie. Le leggi federali, tuttavia, permettono al programma di divulgare le informazioni nei casi seguenti senza la vostra autorizzazione scritta:

1. Al personale del programma per fornire le cure e compilare la documentazione clinica;
2. A seguito di un accordo con una struttura collegata (ad es. laboratori clinici, farmacie, servizi di archiviazione documenti, servizi di fatturazione);
3. Per ricerche, revisioni e valutazioni (ad es. controlli per concessione di licenze statali, accreditamenti, comunicazione dati di programmi come richiesto dal governo federale e/o statale);
4. Per la segnalazione di un reato commesso nella sede del programma o contro il personale del programma;
5. Al personale medico in un'emergenza medica/psichiatrica;
6. Alle autorità pertinenti per segnalare sospetti di abusi o abbandono di minori;
7. Per la segnalazione di determinate malattie infettive, così come richiesto dalle leggi statali;
8. In base a quanto permesso da un'ordinanza di tribunale.

Prima che il programma possa utilizzare o divulgare informazioni sulla vostra salute secondo una modalità non compresa tra quelle summenzionate, deve ricevere il vostro consenso scritto specifico a detta divulgazione. Detto consenso scritto può essere da voi revocato per iscritto. (NOTA: Revocare il consenso a comunicare informazioni a un tribunale, ai servizi sociali, all'ufficio per la libertà condizionale, ecc. potrebbe violare un accordo tra voi e detta organizzazione e la violazione potrebbe avere conseguenze legali per voi).

* 42 U.S.C. § 130d et. seq., 45 C.F.R. Parti 160 e 164

** 42 U.S.C. § 290dd-2, 42 C.F.R. Parte 2

AVVISO SULLA RISERVATEZZA

I vostri diritti

- In base alla HIPAA avete il diritto di chiedere restrizioni a determinati utilizzi e divulgazioni di informazioni sulla vostra salute e sulle vostre cure. Il programma non è tenuto ad accettare qualsiasi restrizioni chiediate. Ma, se le accetta, si vincola ad esse e non potrà utilizzare né divulgare le informazioni oggetto delle restrizioni, a meno che non siano necessarie per un'emergenza medica.
- Avete il diritto di chiedere che le comunicazioni tra noi e voi avvengano tramite mezzi alternativi o in un luogo alternativo (ad es. un altro indirizzo). Il programma accoglierà le richieste in tal senso, purché ragionevoli, senza pretendere spiegazioni da parte vostra.
- In base alla HIPAA avete anche il diritto di prendere visione e copiare le informazioni sul vostro stato di salute e sulle vostre cure presenti nel programma, a meno che esse non contengano relazioni di psicoterapia oppure vadano utilizzate in procedimenti civili, penali o amministrativi o in altri casi limitati.
- La HIPAA prevede inoltre il vostro diritto, con alcune eccezioni, di modificare le informazioni presenti nel programma e di chiedere e ricevere l'elenco delle divulgazioni delle informazioni sulla vostra salute fatte dal programma nel corso dei sei (6) anni precedenti alla vostra richiesta.
- Nel caso in cui una delle vostre richieste summenzionate non venga accolta, avete il diritto di chiedere un riesame del rifiuto da parte dell'Amministratore del programma.
- Per presentare una o più di una delle richieste summenzionate, compilate il modulo pertinente messo a disposizione dal programma.
- Avete anche il diritto di ricevere una copia del presente avviso in formato cartaceo.

Utilizzo delle vostre informazioni nell'ambito del programma

Per potervi garantire le cure migliori, il programma utilizzerà le informazioni sullo stato di salute e sui trattamenti che vi riguardano come segue:

- Comunicazioni tra membri del personale del programma (compresi studenti o altri stagisti) per le esigenze di trattamento, programmazione delle cure, revisioni e relazioni sui progressi compiuti, supervisione del personale, segnalazione di incidenti, somministrazione di farmaci, operazioni di fatturazione, compilazione della documentazione medica, programmazione della dimissione e altre procedure relative al trattamento.
- Comunicazioni con strutture collegate quali laboratori clinici (analisi di sangue e urine), servizi alimentari (esigenze dietetiche specifiche), agenzie che forniscono servizi in loco (lezioni, terapie di gruppo), archiviazione della documentazione per lunghi periodi.
- Comunicazione di dati al Sistema dati clienti dell'OASAS dello Stato di New York.

Gli obblighi del programma

Il programma è tenuto per legge a mantenere riservate le vostre informazioni sanitarie e ad informarvi dei suoi obblighi di legge e delle sue procedure sulla privacy in relazione alle informazioni sul vostro stato di salute. Il programma è tenuto per legge a rispettare i termini del presente avviso. Il programma si riserva il diritto di modificare i termini del presente avviso e di adottare nuove disposizioni per tutte le informazioni sanitarie protette in suo possesso. In caso di modifiche sostanziali agli avvisi, il programma fornirà ai pazienti attualmente in cura un avviso aggiornato e ai pazienti interessati che siano stati in cura in passato nuovi avvisi.

AVVISO SULLA RISERVATEZZA

Reclami e segnalazione di violazioni

I pazienti hanno diritto a presentare reclami in merito alla privacy e alla riservatezza delle informazioni sanitarie sul proprio conto. I pazienti possono compilare un modulo di reclamo sulla privacy (sul retro del presente modulo) e presentarlo a:

- ATC Administrator (Amministratore ATC);
- Bureau of Addictions Treatment Centers, 1450 Western Avenue, Albany, NY 12203; o
- OASAS Privacy Official. , 1450 Western Avenue, Albany, NY 12203.

Il reclamo verrà preso in considerazione da una persona adeguata sulla base della natura del reclamo stesso. Detta persona provvederà a compilare il modulo di risoluzione del reclamo sulla privacy. Copie saranno inviate all'OASAS Privacy Official, 1450 Western Avenue, Albany, NY 12203.

I pazienti possono anche presentare il proprio reclamo a:

Office for Civil Rights (Ufficio diritti civili)
U.S. Department of Health and Human Services,
Jacob Javits Federal Building
26 Federal Plaza--Suite 3313
New York, New York, 10278

TEL. (212) 264-3313.

FAX (212) 264-3039.

TDD (212) 264-2355

Linea diretta-voce Ufficio diritti civili (OCR) 1-800-368-1019

Non subirete alcuna forma di rappresaglia per aver presentato il reclamo.

La violazione della Legge sulla riservatezza da parte di un programma costituisce reato. E' possibile comunicare la presunta violazione della Legge sulla riservatezza allo United States Attorney del distretto in cui si è verificata la violazione.

Data entrata in vigore: 4/14/03

AVVISO SULLA RISERVATEZZA

Io _____ ho ricevuto una copia dell'Avviso sulla riservatezza, che mi è stato spiegato.

Firma

Data

Firma genitore/tutore (se necessaria)

Data