



## MODULO UNICO RICHIESTA RICOVERO IN HOSPICE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Sesso:  M  F Stato civile \_\_\_\_\_

Residente: Città \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso da residenza): \_\_\_\_\_

Telefono / Cellulare : \_\_\_\_\_

**Familiare / Care-giver** (Cognome e Nome, tipo di rapporto con il paziente, contatto)

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

### Segnalato da:

MMG Dott. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Medico Ospedaliero Dott. \_\_\_\_\_ UNITA' OPERATIVA \_\_\_\_\_  
TELEFONO \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Diagnosi principale** (se oncologica, eventuali localizzazioni secondarie )

\_\_\_\_\_

**Problemi clinici aperti**

\_\_\_\_\_

**Note clinico-assistenziali** (presidi e ausili, NPT, SNG, PEG, NIMV, CVC, stomie, pompe infusive, ecc.)

\_\_\_\_\_

**Motivo della richiesta**

Fine vita (se Sì, mortalità prevista entro 72 ore?  Sì  No)

Sintomi NON controllati, specificare \_\_\_\_\_

Ricovero Sollievo familiare Temporaneo (in progetto di fine vita) \_\_\_\_\_

**Grado di consapevolezza diagnosi**

**a. Persona assistita**

Nessuna consapevolezza di diagnosi e prognosi

Consapevole della terminalità, ma non dell'imminenza della morte

Conosce la diagnosi, ma ignora la prognosi

Completa consapevolezza di diagnosi e prognosi

**b. Familiari**

Nessuna consapevolezza di diagnosi e prognosi

Consapevoli della terminalità, ma non dell'imminenza della morte

Conoscono la diagnosi, ma ignorano la prognosi

Completa consapevolezza di diagnosi e prognosi

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Inviare la presente richiesta, possibilmente allegando documentazione clinica, ai seguenti recapiti:

**e-mail: lista.hospice@asst-lodi.it**

**Fax: 0371/372809**

Rete Locale Cure Palliative Milano Est

Sportello informativo Via Fissiraga 15, Lodi - Telefono 0371/376210

## INFORMATIVA PRIVACY

### PER LA GESTIONE DELLA LISTA UNICA DI ATTESA PER I 5 HOSPICE DELLA RETE LOCALE CURE PALLIATIVE DI MILANO EST ai sensi degli artt.13 e 14 del Regolamento UE 2016/679

La Rete Locale Cure Palliative Milano Est, di cui l'ASST di Lodi è Capofila, è composta dalle seguenti Strutture:

- Hospice dell'UOC Cure Palliative dell'ASST di Lodi (Casalpusterlengo)
- Hospice dell'ASST Melegnano e Martesana (Melzo)
- Hospice "Fondazione Castellini" (Melegnano)
- Hospice "Fondazione Sacra Famiglia" (Inzago)
- Hospice "Città di Codogno" (ASP Basso Lodigiano)

Le suddette Aziende operano in qualità di Contitolari dei Suoi dati personali, ai sensi dell'art. 26 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

#### 1. QUALI DATI RACCOGLIAMO E DA CHI

Per le finalità di cui al seguente punto 2., i dati raccolti sono: dati anagrafici, di contatto, di salute. In generale i dati dell'utente vengono acquisiti da un referente clinico (MMG, Medico della struttura presso cui si trova l'interessato, ecc) e/o dal care giver, da chi esercita legalmente la potestà, ovvero da un prossimo congiunto. I dati che La riguardano non verranno utilizzati per attività di profilazione, né verranno prese decisioni in maniera automatica sulla base degli stessi.

#### 2. A QUALE SCOPO UTILIZZIAMO I SUOI DATI PERSONALI?

I Suoi dati saranno utilizzati per le seguenti finalità:

- Acquisire di informazioni utili alla definizione del bisogno e alla valutazione dell'appropriatezza della domanda
- Valutare l'appropriatezza della domanda e le caratteristiche del paziente, al fine di fornire la prestazione adeguata
- Inserire i dati in un programma informatico dedicato e appositamente elaborato dal Centro Elaborazione Dati dell'ASST di Lodi, che gestisce la lista d'attesa dei 5 Hospice presenti in Rete locale Cure palliative Milano Est.

#### 3. SULLA BASE DI QUALI PRESUPPOSTI?

- Consenso libero e informato; - Salvaguardia degli interessi vitali dell'interessato; - Esecuzione di un compito di interesse pubblico.

#### 4. IN CHE MODO E PER QUANTO TEMPO POTREMO CUSTODIRE I SUOI DATI PERSONALI?

I Suoi dati personali possono essere sottoposti a trattamento sia cartaceo che elettronico. I Contitolari li tratteranno per il tempo necessario per adempiere alle finalità di cui sopra. Salvo quanto diversamente espresso dalla normativa cogente, i Suoi dati personali per le finalità di cui al punto 2. saranno conservati nei nostri archivi per 1 anno ai sensi del vigente Titolario e Massimario di scarto.

#### 5. A CHI POSSONO ESSERE COMUNICATI I SUOI DATI?

I Suoi dati potranno essere resi accessibili per le finalità di cui al punto 2. a:

Dipendenti e collaboratori dei Contitolari, nella loro qualità di autorizzati e/o Responsabili interni del trattamento e/o amministratori di sistema (Equipe Sanitaria), care givers, altre unità d'offerta residenziali e domiciliari di cure palliative, Medici di Medicina Generale, Hospice, Agenzia di Tutela della Salute (ATS), Regione Lombardia, Enti Pubblici interessati, Società informatiche per la manutenzione dei software, nella loro qualità di Responsabili esterni al trattamento, Associazioni di volontariato.

#### 6. IN CHE MODO LEI E' OBBLIGATO A FORNIRE I SUOI DATI E IL CONSENSO?

Il conferimento dei dati elencati al punto 1. è obbligatorio per garantirLe le prestazioni di cui al punto 2. E' richiesto il Suo consenso per il punto 2 c).

#### 7. QUALI SONO I TUOI DIRITTI E A CHI SI PUO' RIVOLGERE?

In relazione ai dati conferiti, l'interessato ha il diritto, compatibilmente con gli obblighi di legge vigenti, di ottenere l'accesso ai propri dati, copia, rettifica, cancellazione o la limitazione del trattamento o di opporsi al trattamento (artt.15 e ss. del Regolamento), e la revoca del consenso prestato. Si informa che l'esercizio dei diritti civili fondamentali dei soggetti coinvolti in eventuali emergenze epidemiologiche, compreso il diritto alla protezione dei dati personali. Come previsto dall'art. 23 del Regolamento UE 2016/679, può subire limitazioni in virtù dell'interesse pubblico generale alla tutela della salute pubblica. Qualora l'interessato abbia acconsentito al trattamento dei suoi dati personali mediante il dossier sanitario, questo potrà essere consultato, nel rispetto delle disposizioni tempo per tempo vigenti, qualora ciò sia ritenuto indispensabile per la salvaguardia della salute di un terzo o della collettività. Alla sua richiesta di esercizio dei diritti verrà dato riscontro entro 30 giorni, con eventuale possibilità di proroga di altri 30 giorni ai sensi di legge. Nel caso in cui il trattamento avvenga in violazione del citato Regolamento e delle disposizioni nazionali collegate, l'interessato ha diritto, inoltre, di proporre reclamo al Garante o di adire le opportune sedi giudiziarie.

**Titolare del Trattamento dei Dati personali:** Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lodi, Piazza Ospedale, 10 – 26900 Lodi, Tel. 0371-376401; Fax 0371-376438; Indirizzo mail [protocollo@pec.asst-lodi.it](mailto:protocollo@pec.asst-lodi.it)

**Responsabili Privacy di Unità:** Direttore UOC Cure Palliative e Hospice, Dott. Diego Taveggia, Viale Savoia, 1 – 26900 Lodi, Tel. 0371-371-diego.taveggia@asst-lodi.it

**Responsabile della Protezione dei Dati personali/DPO:** Dott.ssa Maria Francesca Fasano, Viale Savoia, 1 – 26900 Lodi, Tel. 0371- 376419; mail [dpo@asst-lodi.it](mailto:dpo@asst-lodi.it)

#### Preso visione dell'informativa io sottoscritto:

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Per le finalità di cui al punto 2, presto il consenso al trattamento dei miei dati personali.

Data ...../...../..... Firma .....

#### ACQUISIZIONE DEL CONSENSO PER PERSONA IMPOSSIBILITATA AD ESPRIMERLO

Il/la Paziente \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

è una **persona impossibilitata** ad esprimere il consenso; pertanto, ai sensi dell'art. 82 del vigente Codice privacy, il consenso è espresso da

a) **Sig./Sig.ra** \_\_\_\_\_ **in qualità di** \_\_\_\_\_

Documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Preso visione dell'informativa, autorizzo il trattamento dei miei dati personali, inclusi quelli sopra indicati, al solo fine della raccolta del consenso prestato a nome e per conto della persona impossibilitata

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma di chi esprime il consenso \_\_\_\_\_

#### OPPURE

b) Io sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_ dichiaro che all'atto del ricovero (data ---/---/-----), il/la paziente

\_\_\_\_\_ non è nelle condizioni psicofisiche per poter sottoscrivere il consenso e non è

accompagnato/a da nessuna delle persone di cui all'art. 82 c. 2 Codice privacy).

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma del Medico \_\_\_\_\_