Ospedale Maggiore di Lodi
Distretti e Presidi Lodigiani

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Lodi

Hospice di Casalpusterlengo

HOSPICE

rlcp ME
Rete Locale Cure Palliative Milano Est

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Milano
Città Metropolitana
ASST Melegnano e Martesana

Hospice di Melzo

Hospice Città di Codogno

FONDAZIONE CASTELLINI ONLUS

Hospice di Melegnano

FONDAZIONE SACRA FAMIGLIA

Hospice di Inzago

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 (e timbro)** _____

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

e-mail: lista.hospice@asst-lodi.it **Fax: 0371/372809**

Ospedale Maggiore di Lodi
Presidi e Distretti del Lodigiano
Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Lodi

rlcp ME
Rete Locale Cure Palliative
Milano Est

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:
   a) Acquisire di informazioni utili alla definizione del bisogno e alla valutazione dell'appropriatezza della domanda
   b) Valutare l'appropriatezza della domanda e le caratteristiche del paziente, al fine di fornire la prestazione adeguata
   c) 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 nella 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
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

Presa 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 _____/_____/_____
Presa 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 _____