

Gentile Signora/Signore (o sua/suo delegata/o), prima di consegnare il modulo di Segnalazione per la richiesta di presa in carico in Cure Palliative è importante che Lei legga le informazioni sul trattamento dei dati e dichiari di aver ricevuto copia dell'informativa e di averne letto il contenuto.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DATI

Ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "Regolamento"), forniamo le seguenti informazioni relative al trattamento dei dati personali che ci vengono conferiti in relazione alla prestazione sanitaria richiesta.

1. Titolare del trattamento

Titolare del trattamento è la "Congregazione delle Suore Infermiere dell'Addolorata", ente ecclesiastico civilmente riconosciuto (C.F e P.IVA 00278770136), cui appartiene l' "Ospedale Valduce", con sede in Como, Via Dante n. 11 e il "Centro di Riabilitazione di Villa Beretta", con sede in Costa Masnaga (LC), Via Nazario Sauro n. 17, indirizzo e-mail amministrazione@valduce.it, indirizzo PEC valduce@pec.confindustriacomo.it, telefono 031.324111, fax 031.308047 (di seguito "Congregazione").

2. Dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati

Il Responsabile della protezione dei dati è Francesco Orsenigo, domiciliato presso la Congregazione, telefono 031.324021, indirizzo e-mail dpo@valduce.it (di seguito "DPO").

3. Dato personale

Per dato personale si intende qualsiasi informazione che riguarda ed è riferibile al destinatario della prestazione sanitaria (di seguito "Interessato"), ivi comprese quelle indicate all'art. 9 del Regolamento, denominate "categorie particolari di dati personali", quali ad esempio le informazioni relative alla salute, all'origine razziale o etnica, ai suoi dati genetici e biometrici.

Il trattamento sarà effettuato in relazione:

- ai dati anagrafici (nome, cognome, codice fiscale, luogo e data di nascita);
- ai dati descritti nella tessera sanitaria;
- ai recapiti forniti (indirizzo di residenza, numero di telefono, indirizzo di posta elettronica);
- alle informazioni relative alla situazione reddituale;
- ai dati presenti nella prescrizione medica;
- alle informazioni relative allo stato di salute, agli esiti delle prestazioni sanitarie;
- all'immagine fotografica presente sui documenti anagrafici;
- alle immagini/iconografie acquisite durante procedure diagnostico terapeutiche e riabilitative;

(di seguito "Dati").

4. Finalità del trattamento

Nell'ambito del rapporto con la nostra Congregazione, i Dati verranno trattati per le seguenti finalità:

- a. prenotazione di prestazioni sanitarie
- b. esecuzione di attività strettamente connesse e strumentali alla gestione della prenotazione, tra cui l'inserimento e/o aggiornamento dell'anagrafica e il ricontatto telefonico
- c. esecuzione e consultazione di prestazioni sanitarie per finalità di prevenzione, diagnosi, terapia sanitaria, cura e riabilitazione
- d. gestione dei servizi e sistemi di assistenza sanitaria o sociale
- e. adempimento degli obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria, ad esempio in materia amministrativa, contabile e fiscale, di igiene e sanità e di sicurezza;
- f. ricerca scientifica e statistica;
- g. esecuzione di attività di programmazione, gestione e controllo dell'assistenza sanitaria
- h. esercizio e difesa dei diritti della Congregazione in ogni sede anche giudiziaria, amministrativa, nelle procedure arbitrali e/o di mediazione e conciliazione.

5. Base giuridica del trattamento

Il trattamento dei Dati trova base giuridica:

per la finalità indicata al precedente punto 4) lettere a), b), c), d), e), f) e g):

- quanto ai dati personali, nell'esecuzione del contratto di cui è parte l'Interessato o nell'esecuzione di misure precontrattuali adottate su sua richiesta (art. 6.1 b) Regolamento), nonché nell'adempimento di obblighi di legge in materia di gestione dei sistemi e servizi

- sanitari, socio-sanitari e assistenziali (art. 6.1 c) Regolamento);
- quanto ai dati particolari, nella necessità di diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale ovvero di gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali e/o per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica (art. 9.2 h) e i) Regolamento; art. 75 D. Lgs. n. 196/2003); per motivi di interesse pubblico rilevante (art. 9.2 g) Regolamento; art. 2-sexies, comma 2 lettera t), u) e v) D. Lgs. n. 196/2003);
- quanto ai dati particolari trattati per la finalità indicata alla lettera f), nella necessità di ricerca scientifica o storica o a fini statistici (art. 9.2 j) Regolamento; art. 110 comma 1 D. Lgs. n. 196/2003)

per la finalità indicata al precedente punto 4) lettera h):

- quanto ai dati personali, nel legittimo interesse della Congregazione (art. 6.1 f) Regolamento);
 - quanto ai dati particolari, nella necessità di accertare, esercitare o difendere un diritto della Congregazione in sede giudiziaria (art. 9.2 f) Regolamento).

6. Modalità del trattamento

Nell'ambito delle finalità indicate al precedente punto 4), il trattamento dei Dati avverrà in forma cartacea e mediante strumenti elettronici, nel rispetto delle disposizioni normative in materia di trattamento dei dati personali, adottando le misure di sicurezza adeguate.

Il trattamento dei Dati sarà gestito da personale appositamente formato e istruito, proprio per garantirne l'adeguata sicurezza e riservatezza, nonché per evitare rischi di perdita e/o distruzione e accessi da parte di soggetti non autorizzati.

7. Comunicazione e diffusione dei dati

Nei limiti strettamente pertinenti alle finalità indicate al precedente punto 4) i Dati potranno essere comunicati a:

- Organi della Pubblica Amministrazione (ivi comprese le ATS - Aziende di Tutela della Salute e ove previsto le ASST - Aziende Socio Sanitarie Territoriali) in adempimento a specifici obblighi di legge ed anche in caso di verifiche e accessi ispettivi;
- Organismi sanitari di controllo;
- Autorità Giudiziaria e/o Autorità di Pubblica Sicurezza;
- Altre strutture socio-sanitarie o ospedaliere o servizi d'assistenza e di supporto alla persona qualora fosse necessario per la tutela del diritto alla salute;
- Compagnia Assicuratrice.

I Dati possono inoltre essere comunicati a:

- soggetti interni alla Congregazione appositamente autorizzati che svolgono la prestazione sanitaria e/o attività ad essa connesse e strumentali (ad esempio personale addetto al Centro Unico di Prenotazioni, medici, infermieri e altri professionisti sanitari, Direttore sanitario, Direttore Generale, personale amministrativo e assistenziale, ecc.);
- soggetti specificamente nominati Responsabili del trattamento (persone fisiche o enti che trattano dati su istruzione documentata della Congregazione quali, a titolo esemplificativo, soggetto addetto alla gestione e manutenzione dei sistemi informatici, soggetti o enti esterni che erogano prestazioni diagnostiche, come esami e attività di laboratorio, ecc.).

L'elenco nominativo aggiornato dei Responsabili del trattamento è a disposizione presso la Congregazione, previa richiesta da effettuare presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP).

8. Periodo e luogo di conservazione dei Dati

I Dati saranno conservati nel rispetto degli obblighi di conservazione previsti dalla legge, ivi compresi i provvedimenti emessi dalla Regione Lombardia in materia di gestione della documentazione sanitaria e socio sanitaria.

I Dati sono conservati presso la sede della Congregazione e su server ubicati nell'Unione Europea.

9. Diritti dell'interessato

Con riferimento ai Dati, l'Interessato ha il diritto di chiedere alla Congregazione con le modalità indicate dal Regolamento e ferme restando le disposizioni e limitazioni di cui al D. Lgs. n. 196/2003 (Parte I - Titolo I - Capo III):

- l'accesso, nei casi previsti (art.15 Regolamento)
- la rettifica dei Dati inesatti e l'integrazione di quelli incompleti (art. 16 Regolamento)
- la cancellazione dei Dati per i motivi previsti (art. 17 Regolamento), come ad esempio quando non siano più necessari rispetto alle finalità sopra indicate o non siano trattati nel rispetto del Regolamento
- la limitazione di trattamento per le ipotesi previste (art. 18 Regolamento), come nel caso si contesti l'esattezza dei Dati e occorra verificarne la correttezza
- la portabilità, vale a dire il diritto di ricevere, nei casi previsti (art. 20 Regolamento), in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i Dati e di trasmettere detti Dati ad un altro titolare del trattamento
- l'opposizione al trattamento, nei casi previsti (art. 21 Regolamento)

Tutti i diritti sopra elencati potranno essere esercitati inviando alla Congregazione una comunicazione a mezzo posta elettronica all'indirizzo urp@valduce.it o a mezzo lettera raccomandata alla sede della Congregazione all'attenzione dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP).

10. Reclamo

Nel caso l'Interessato ritenga che il trattamento dei i Dati violi le disposizioni contenute nel Regolamento, ha il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali secondo quanto previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso.

11. Natura del conferimento dei Dati

Il conferimento dei Dati è strettamente necessario per la prenotazione e l'erogazione delle prestazioni sanitarie e per le attività strettamente connesse e strumentali.

Pertanto, il mancato conferimento anche parziale dei Dati comporta l'oggettiva impossibilità di adempiere a quanto richiesto.

La Congregazione

*** **

Io sottoscritto/a

nato/a a in data/...../.....,

in qualità di:

- destinatario della prestazione sanitaria (Interessato)
- tutore / amministratore di sostegno dell'Interessato Sig. / Sig.ra
- fiduciario dell'Interessato Sig. / Sig.ra
- altro (accompagnatore / familiare dell'Interessato Sig. / Sig.ra, non in grado di poter prendere visione e sottoscrivere per ricevuta l'informativa

dichiaro

di aver ricevuto copia dell'informativa sopra estesa e di averne letto il contenuto.

(luogo) _____, (data) _____

(firma) _____

Segnalazione per richiesta di presa in carico in Cure Palliative

Verifica di congruità

<input type="checkbox"/> Hospice (Ricovero Residenziale)	Motivo prevalente del ricovero
<input type="checkbox"/> UCP-Dom (Assistenza Domiciliare)	CLINICO: <input type="checkbox"/> terapeutico per sintomi non controllati <input type="checkbox"/> definitivo NON CLINICO: <input type="checkbox"/> situazione sociale complessa <input type="checkbox"/> sollievo familiare

Dati anagrafici del paziente

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F
 Nato a _____ il ___ / ___ / ___ Esenzione _____
 Residenza _____ Prov. _____ Via _____ N° _____ Tel. ___ / _____
Domicilio se diverso dalla residenza: Città _____ Prov. _____ Via _____ N° _____

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stato civile _____ Professione _____ Scolarità _____
 Medico di famiglia: _____ Tel. ___ / _____ Cell. _____

Persona di riferimento:

Cognome _____ Nome _____
 Grado di parentela _____ Tel. ___ / _____ Cell. _____
 E' stato nominato: Tutore Amministratore di sostegno Curatore

Segnalato da:

Medico di famiglia Ambulatorio UCP Familiari Servizi sociali
 Ospedale _____ RSA _____
 Reparto _____ Tel. _____ altro _____

Attualmente il paziente si trova:

Domicilio Ospedale _____
 Reparto _____ Tel. _____
 altro _____

Presenza di persone che accudiscono il paziente:

nessuna familiari badante familiari+badante rete amicale/vicini di casa

Invalità:

sì (___ %) no in accertamento

Accompagnamento: Situazione abitativa:

sì no in accertamento
 adeguata inadeguata presenza barriere architettoniche _____

Situazione economica:

adeguata inadeguata

Grado di consapevolezza del paziente:

nessuna consapevolezza di diagnosi e prognosi
 rimuove la diagnosi e la prognosi
 conosce la diagnosi ma ignora la prognosi
 consapevole della terminalità ma non dell'imminenza di morte
 completa consapevolezza di diagnosi e prognosi

Grado di consapevolezza della famiglia:

consapevole della diagnosi ma non della prognosi
 consapevole della diagnosi e della prognosi

In base al tipo di richiesta che sta facendo, chi ha scelto l'Hospice/UCP- Dom (assistenza domiciliare)?

Paziente Familiari entrambi

Impossibilitato all'accesso sistematico ai servizi:

sì no

Ci sono Direttive Anticipate di Trattamento (DAT)?

sì no

E' stato nominato un fiduciario?

sì _____ no

Dati clinici

Diagnosi:

Malattia non neoplastica _____

Neoplasia:

- | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> vie biliari | <input type="checkbox"/> esofago | <input type="checkbox"/> pancreas | <input type="checkbox"/> testa/ collo | <input type="checkbox"/> colon/retto |
| <input type="checkbox"/> polmone | <input type="checkbox"/> utero | <input type="checkbox"/> emopoietico | <input type="checkbox"/> mammella | <input type="checkbox"/> prostata |
| <input type="checkbox"/> vescica | <input type="checkbox"/> encefalo | <input type="checkbox"/> fegato | <input type="checkbox"/> | |

Metastasi:

- | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> assenti | <input type="checkbox"/> linfonodali | <input type="checkbox"/> ossee | <input type="checkbox"/> encefaliche | <input type="checkbox"/> peritoneali |
| <input type="checkbox"/> epatiche | <input type="checkbox"/> polmonari | <input type="checkbox"/> _____ | | |

Comorbilità:

- | | | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> assenti | <input type="checkbox"/> I.R. acuta | <input type="checkbox"/> I.R. cronica | <input type="checkbox"/> malattia psichiatrica | |
| <input type="checkbox"/> arteriopatia | <input type="checkbox"/> BPCO | <input type="checkbox"/> cirrosi | <input type="checkbox"/> depressione | |
| <input type="checkbox"/> diabete | <input type="checkbox"/> Ictus pregresso | <input type="checkbox"/> IMA pregresso | <input type="checkbox"/> ipertensione | <input type="checkbox"/> _____ |

Accertamenti recenti: _____

Presidi:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> catetere vescicale | <input type="checkbox"/> Pace Maker/ ICD |
| <input type="checkbox"/> ureterostomia/ nefrostomia | <input type="checkbox"/> Port-A-Cath/ CVC/ PICC |
| <input type="checkbox"/> SNG/PEG | <input type="checkbox"/> Tracheotomia |
| <input type="checkbox"/> NPT | <input type="checkbox"/> O2 Terapia |
| <input type="checkbox"/> colonstomia | <input type="checkbox"/> medicazioni complesse |
| | <input type="checkbox"/> _____ |

Sintomi e segni:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> agitazione | <input type="checkbox"/> disuria | <input type="checkbox"/> sindrome mediastinica |
| <input type="checkbox"/> anoressia | <input type="checkbox"/> edemi | <input type="checkbox"/> singhiozzo |
| <input type="checkbox"/> ansia | <input type="checkbox"/> febbre | <input type="checkbox"/> sopore |
| <input type="checkbox"/> astenia | <input type="checkbox"/> grave insufficienza d'organo | <input type="checkbox"/> sonnolenza |
| <input type="checkbox"/> cefalea | <input type="checkbox"/> infezioni cutanee | <input type="checkbox"/> stipsi |
| <input type="checkbox"/> coma | <input type="checkbox"/> insonnia | <input type="checkbox"/> tenesmo |
| <input type="checkbox"/> confusione | <input type="checkbox"/> ipertensione endocranica | <input type="checkbox"/> tremore |
| <input type="checkbox"/> delirio | <input type="checkbox"/> lesioni da decubito | <input type="checkbox"/> tosse |
| <input type="checkbox"/> depressione | <input type="checkbox"/> melena | <input type="checkbox"/> versamento ascitico |
| <input type="checkbox"/> diarrea | <input type="checkbox"/> nausea | <input type="checkbox"/> versamento pleurico |
| <input type="checkbox"/> disfagia | <input type="checkbox"/> prurito | <input type="checkbox"/> vertigine |
| <input type="checkbox"/> disorientamento S/T | <input type="checkbox"/> rantolo | <input type="checkbox"/> vomito |
| <input type="checkbox"/> disidratazione | <input type="checkbox"/> rischio di crisi convulsive | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> dispnea | <input type="checkbox"/> rischio di emorragia | <input type="checkbox"/> _____ |

Terapia in atto: _____

Dolore (scala numerica da 0 a 10)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

localizzazione: _____

irradiazione: _____

Terapia antalgica: _____

Stima clinica di sopravvivenza in giorni:

<input type="checkbox"/> da 0 a 10	<input type="checkbox"/> fino a 30	<input type="checkbox"/> fino a 60	<input type="checkbox"/> fino a 90	<input type="checkbox"/> oltre 90
------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------

Commenti: _____

Cognome e Nome del Proponente:

Medico Famiglia Altro

Firma: _____

Recapito telefonico: _____ / _____

Data di compilazione: ___ / ___ / ___

Il presente modulo deve essere compilato accuratamente in ogni sua parte e consegnato direttamente all'erogatore (Segreteria UCP-Dom dell'Ospedale Valduce, dal lunedì al venerdì dalle ore 8:30 alle ore 15:30, al 3 piano B) o inviato all' indirizzo mail: astcp@valduce.it o inviato via fax al numero 031324017.

Data di ricevimento ___ / ___ / ___
(a carico dell'erogatore)