



SEGNALAZIONE PER RICHIESTA DI PRESA IN CARICO IN CURE PALLIATIVE

ACC - 10
Data: 27/05/2026
Rev. 6

DATA

Spett.le
FONDAZIONE MENOTTI BASSANI ETS
Via avv. Franco Bassani, 13
21014 LAVENO MOMBELLO (VA)
Tel.: 0332668339 – 668711 Fax: 0332626045
UCP-DOM: ucpdom@menottibassani.it
HOSPICE: hospice@menottibassani.it

Verifica di congruità:

☐ HOSPICE (Ricovero Residenziale)	☐ UCP-DOM (Assistenza Domiciliare)
Motivo prevalente del ricovero:	CLINICO: ☐ terapeutico per sintomi non controllati ☐ definitivo NON CLINICO: ☐ situazione sociale complessa ☐ 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:

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



Tessera sanitaria n. 8038.....

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

Persona di riferimento:
Grado di parentela _____ Cognome _____ Nome _____
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

Accompagnamento: ☐ sì ☐ no ☐ in accertamento

Situazione abitativa: ☐ 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 (residenziale)/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:**

☐ vie biliari ☐ esofago ☐ pancreas ☐ testa/ collo ☐ colon/retto
☐ polmone ☐ utero ☐ emopoietico ☐ mammella ☐ prostata
☐ vescica ☐ encefalo ☐ fegato ☐ _____

☐ **Metastasi:**

☐ assenti ☐ linfonodali ☐ ossee ☐ encefaliche ☐ peritoneali
☐ epatiche ☐ polmonari ☐ _____

☐ **Comorbidità:**

☐ assenti ☐ I.R. acuta ☐ I.R. cronica ☐ malattia psichiatrica
☐ arteriopatia ☐ BPCO ☐ cirrosi ☐ depressione
☐ diabete ☐ Ictus pregresso ☐ IMA pregresso ☐ ipertensione ☐ _____

Accertamenti recenti: _____

Presidi:

☐ catetere vescicale ☐ Pace Maker/ ICD
☐ ureterostomia/ nefrostomia ☐ Port-A-Cath/ CVC/ PICC
☐ SNG/PEG ☐ Tracheotomia
☐ NPT ☐ O2 Terapia
☐ colonstomia ☐ medicazioni complesse
☐ _____

Sintomi e segni:

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

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:

☐ da 0 a 10	☐ fino a 30	☐ fino a 60	☐ fino a 90	☐ oltre 90
------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------

Commenti:

Cognome e Nome del Proponente: _____

☐ Medico ☐ Famiglia ☐ Altro

Firma: _____

Recapito telefonico: _____

Il presente modulo deve essere compilato accuratamente in ogni sua parte e consegnato direttamente all'erogatore o inviato al seguente indirizzo mail:

UCP-DOM: ucpdom@menottibassani.it

HOSPICE: hospice@menottibassani.it

Data di ricevimento ____ / ____ / _____

INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 (c.d. GDPR)

1. Titolare del trattamento dei dati

Il Titolare del trattamento è la Fondazione Menotti Bassani ETS (cod. fiscale e P. IVA 01319900120), nella persona del legale rappresentante, con sede in Laveno Mombello (VA), via avv. Franco Bassani 13, telefono 0332 668339/668711, E-mail: info@menottibassani.it, PEC: menottibassani@pec.it.

2. Responsabile della protezione dei dati personali (Data Protection Officer - c.d. DPO)

Il DPO nominato è reperibile ai seguenti dati di contatto: Labor Service srl, via Righi n. 29, 28100 Novara (NO), tel.: 0321.1814220, E-mail: privacy@labor-service.it, PEC: pec@pec.labor-service.it.

3. Finalità e basi giuridiche del trattamento

Il trattamento dei dati personali comuni e particolari (art. 9 GDPR), forniti e trattati con modalità informatiche e cartacee, è finalizzato alla corretta valutazione e gestione dell'utente in fase di pre-ingresso e alla successiva erogazione di tutte le attività previste dal servizio socio-sanitario stesso, alla gestione amministrativa con registrazione della data di arrivo e del numero di protocollo attribuito e l'inserimento nella lista d'attesa denominata "Protocollo domande" relativa al servizio richiesto, ed infine all'adempimento di tutti gli obblighi imposti dalla legge o dalle disposizioni Regionali in materia. Il trattamento riguarda anche i dati di eventuali famigliari o sanitari di riferimento che hanno in cura l'interessato. I trattamenti dei dati personali hanno quali basi giuridiche (art. 6 GDPR) l'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dell'interessato ed il rispetto di obblighi di legge cui è tenuto il Titolare. Per il trattamento dei dati particolari quali quelli relativi allo stato di salute in fase di pre-ingresso è necessario il consenso esplicito ai sensi dell'art. 9, par. 2, lett. a) GDPR. Il conferimento dei dati personali costituisce requisito necessario per essere contattati e per l'effettuazione delle successive fasi di attivazione nel servizio richiesto. In assenza vi sarà l'impossibilità di dar corso alla richiesta e agli altri adempimenti connessi.

4. Destinatari dei dati

I dati personali trattati dal Titolare potranno essere comunicati a terzi destinatari che forniscono al Titolare servizi connessi alla corretta esecuzione dell'attività istituzionale in capo al Titolare e, nello specifico: a Organismi del Servizio Sanitario Nazionale (ATS di competenza, ASST), ai medici, a società/cooperative per l'erogazione dei servizi o software house nominate Responsabili del trattamento e professionisti di fiducia (ad esempio, fisioterapisti e infermieri). Inoltre, i dati potranno essere comunicati a terzi esclusivamente al fine di dar corso ad eventuali richieste ricevute e/o ottemperare ad obblighi di legge: Pubbliche Amministrazioni, Organismi di Vigilanza, Forze di Polizia, uffici giudiziari, enti con funzioni previdenziali, socio-assistenziali e/o educative. Peraltro, i dati personali potranno essere comunicati a prossimi congiunti, familiari, conviventi, amministratori di sostegno e tutori.

5. Trasferimento dei dati e periodo di conservazione

Il Titolare del trattamento non ha intenzione di trasferire i dati personali dell'interessato verso un Paese terzo all'Unione Europea o verso un'organizzazione internazionale. Ove si rendesse necessario si avvisa sin da ore che il trasferimento avverrà nel rispetto del Capo V del Regolamento (UE) 2016/679.

I dati personali raccolti vengono conservati per il periodo necessario al soddisfacimento delle finalità di cui sopra e, se inseriti nella cartella sanitaria, conservati a tempo illimitato.

6. Diritti dell'interessato

L'interessato può esercitare in qualsiasi momento uno dei diritti previsti dagli artt. 15 e ss. GDPR ossia il diritto di accesso, rettifica, cancellazione, portabilità, limitazione ed opposizione al trattamento oltre a revocare il consenso prestato per il trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute, senza che sia pregiudicata la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca (art. 7, par. 3 GDPR).

I diritti sopra elencati possono essere esercitati mediante comunicazione al Titolare attraverso i dati di contatto sopra indicati.

Inoltre, l'interessato ha il diritto di proporre reclamo ad un'autorità di controllo: Garante per la protezione dei dati personali (<https://www.garanteprivacy.it>)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Acquisite le informazioni sul trattamento dei dati personali fornite dal Titolare del trattamento

PRESTO IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI SANITARI, SOCIO-SANITARI E SOCIALI

OSPITE: _____

nato/a il ____/____/____ a _____ ()

Data ____/____/____ Firma _____

N.B.: Da compilare esclusivamente nei casi in cui l'ospite sia LEGALMENTE RAPPRESENTATO

Io sottoscritto/a _____

Nato/a il ____/____/____ a _____ ()

DICHIARO di essere:

☐ **Tutore** ☐ **Genitore** ☐ **Amministratore di sostegno, con delega alla cura della persona**

del sig./sig.ra _____

nato/a il ____/____/____ a _____ ()

e di agire in suo nome e per suo conto, conferendo i suoi dati sanitari, sociosanitari e sociali, ricevendo l'informazione sul loro trattamento e prestando il consenso al trattamento dei dati medesimi.

Data ____/____/____ Firma (anche per espressione del consenso) _____

ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL DICHIARANTE E PROVVEDIMENTO DI NOMINA

N.B.: Da compilare esclusivamente in caso di DELEGA dell'ospite al conferimento dei dati

Io sottoscritto/a _____

Nato/a il ____/____/____ a _____ ()

DICHIARO di essere stato **delegato** dall'ospite

sig./sig.ra _____

nato/a il ____/____/____ a _____ ()

ad agire in suo nome e per suo conto, conferendo i suoi dati sanitari, sociosanitari e sociali, ricevendo l'informazione sul loro trattamento e prestando il consenso al trattamento dei dati medesimi.

Data ____/____/____ Firma (anche per espressione del consenso) _____

ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL DICHIARANTE E DELLA DELEGA