

DICHIARAZIONI DI CONSENSO INFORMATO

Nome e Cognome Paziente: _____

Il sottoscritto _____
(INDICARE GRADO DI PARENTELA)

IN QUALITÀ DI

- Assistito
- Care giver
- Tutore
- Amministratore di sostegno:

nato a _____ il ____ / ____ / ____ residente a _____

Pr. () via _____ C.FISCALE _____

DICHIARA

- Di essere stato informato/a sulla natura e sulle caratteristiche del programma di cure palliative di base / specialistiche domiciliari (PAI) concordato con il Medico di Medicina generale Dr. _____ e dal Medico di Equipe di Cure palliative Dr. _____ della S.A.M.O.T. Catania Onlus.
- di essere stato informato/a che detto programma può prevedere:
 - Terapie farmacologiche mirate al controllo dei sintomi e del dolore;
 - Altri possibili interventi sanitari (prelievi, medicazioni, infusioni di liquidi, gestione cateteri vescicali, gestione cvc, nutrizioni enterali e parenterali) secondo le necessità specifiche;
 - Visite mediche;
 - Visite infermieristiche;
 - Visite Operatore Socio Assistenziale (OSS) (igiene della persona, mobilitazione, ecc.);
 - Visite psicologiche;
 - Visite Nutrizionali;
 - Visite Assistente Sociale;
 - Visite Fisioterapiche;

- Monitoraggio delle condizioni cliniche con l'ausilio di strumenti non invasivi;
- Opera di educazione sanitaria.
- di essere stato informato dei rischi collegati all'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati a migliorare il più possibile la qualità della vita del malato. Per i rischi specifici si rimanda ai fogli illustrativi dei farmaci prescritti dal Medico palliativista indicati nel *Foglio unico di terapia*;
- di essere stato/a informato / a di poter comunque rifiutare qualsiasi trattamento proposto e di poter interrompere l'assistenza in qualsiasi momento con l'obbligo di motivare la scelta, assumendone le proprie responsabilità, esonerando da ogni responsabilità civile e penale il medico di equipe S.A.M.O.T. Catania Onlus;
- di essere a conoscenza che, anche nel caso delle cure domiciliari, come accade in tutte le discipline sanitarie, i trattamenti non sono esenti da possibili complicazioni, anche se attuati con diligenza e prudenza.

Per quanto sopra indicato

ACCETTA

L'ASSISTENZA DOMICILIARE DI CURE PALLIATIVE DA PARTE DELLA S.A.M.O.T CATANIA ONLUS.

Firma del Paziente _____

Care Giver _____

Tutore _____

Amministratore di sostegno _____

**Firma del Medico
che riceve il consenso**

Data di acquisizione del consenso

____/____/____

Informativa sulla privacy

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003, come novellato dal D.Lgs. 101 del 10/08/2018, e dell'art. 13 del Regolamento Generale per la Protezione dei dati Personali (GDPR) UE 2016/679, la nostra Associazione è tenuta ad entrare in possesso ed a trattare dati a Lei relativi, qualificati come personali. Il codice ed il Regolamento citati prevedono che chi effettua trattamenti di dati personali è tenuto ad informare il soggetto interessato, su quali dati vengano trattati e su taluni elementi qualificanti il trattamento: esso deve avvenire con correttezza liceità e trasparenza, tutelando la Sua riservatezza ed i Suoi diritti. Conformemente a quanto previsto, Le forniamo le seguenti informazioni:

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è la locale **Azienda Sanitaria Provinciale (ASP)** territorialmente competente nella persona del suo rappresentante legale pro tempore.

Responsabile del trattamento

L'Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) territorialmente competente, nella qualità di Titolare del trattamento, ha nominato Responsabile esterno del trattamento la **SAMOT Catania Onlus** con sede legale Catania, via Enna 15/A P.IVA 03829870876 per assolvere all'incarico relativo all'Assistenza Domiciliare.

Natura dei dati trattati

Oltre ai Suoi dati anagrafici, per il corretto svolgimento dell'attività assistenziale, saranno trattati dati definiti come sensibili: più in particolare, si tratta dei dati dai quali si ricavano informazioni sullo stato di salute, nei limiti in cui il trattamento è necessario per ottemperare agli obblighi previsti dalla convenzione intercorrente con la locale ASP.

Finalità e Base giuridica del trattamento

I dati personali, Suoi ed eventualmente dei Suoi familiari, che Le vengono richiesti sono necessari per le seguenti finalità:

- 1. Assistenziali:** allo scopo cioè di valutare ed affrontare il percorso diagnostico-terapeutico nonché di adottare le soluzioni necessarie per la salvaguardia delle condizioni ottimali della salute, sia nei confronti della Sua persona o di suoi congiunti che a tutela di terzi o della collettività;
- 2. Amministrative:** in relazione cioè agli atti e ai documenti sanitari prodotti, da archiviare e custodire. Tali documenti potranno essere rilasciati agli interessati o agli aventi diritto, previa regolare richiesta; il corretto espletamento dell'attività assistenziale e la loro acquisizione e trattamento è motivata dagli obblighi derivanti dalla convenzione in atto esistente tra la locale ASP e la nostra Associazione in quanto ente accreditato.

La base giuridica del trattamento sarà costituita dalla convenzione sottoscritta con la locale ASP.

Modalità del trattamento

Il trattamento dei dati avviene mediante l'utilizzo di strumenti e procedure idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato sia mediante supporti cartacei, sia attraverso l'ausilio di mezzi informatici.

Comunicazione e diffusione

Le seguenti categorie di soggetti possono venire a conoscenza dei Suoi dati:

- Responsabili interni ed esterni;
- Componenti dell'equipe assistenziale: medici, infermieri, dietisti, fisioterapisti, psicologi, assistenti sociali, operatori sociosanitari, nel corso ed in ragione della attività assistenziale - Gestori del Sistema Informatico
- Azienda Sanitaria Provinciale ASP.

Trasferimento di dati all'estero

I suoi dati saranno trattati dalla nostra Associazione, rimarranno nei nostri archivi e non verranno trasferiti all'estero.

Tempo di conservazione dei dati

I suoi dati saranno conservati dalla nostra Associazione durante tutta la durata dell'attività assistenziale e, per la loro specifica natura, saranno custoditi per 10 anni.

Suoi diritti

Riportiamo di seguito i Suoi diritti, che potrà esercitare nei nostri confronti, così come indicati nel richiamato Regolamento UE:

- ottenere la conferma dell'esistenza di dati personali che La riguardano, anche se non ancora registrati, e la comunicazione in forma intelligibile;
- ottenere l'indicazione dell'origine dei dati personali, nonché delle finalità e modalità del trattamento;
- ottenere l'indicazione della logica applicata nei trattamenti effettuati con l'ausilio di strumenti elettronici;
- ottenere l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
- ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge;
- ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati di cui non è necessaria la conservazione, in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
- ottenere l'attestazione che l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco sono stati portati a conoscenza, anche per quanto riguarda il contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, tranne che nei casi in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato;
- opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che La riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.

Per esercitare i diritti prima indicati potrà rivolgersi alla SAMOT Catania Onlus Responsabile del Trattamento inviando una Raccomandata a.r. o una PEC al seguente indirizzo: samotct@pec.it **Spett.le SAMOT Catania con sede in Via Enna 15/A - Catania**

Luogo e data _____

Firma del Familiare/ Curatore/ Tutore _____