



## Cassa di Assistenza Sanitaria

Via Giuseppe Mercalli, 80 - 00197 Roma - Numero Verde: 800 254 313

Questo modulo deve essere compilato dall'interessato rispondendo specificatamente a tutte le domande e regolarmente sottoscritto nel rispetto del diritto all'oblio oncologico previsto all'art. 2 della legge n. 193/2023 (\*)

ENTE: \_\_\_\_\_ TITOLARE DELL'ASSISTENZA: \_\_\_\_\_

Io sottoscritto.....  
( nome e cognome )

( data di nascita )

( telefono )

Indirizzo.....  
( via e numero ) ( c.a.p. ) ( città )

- | 1) E' MAI STATO RICOVERATO IN CASA DI CURA, OSPEDALI, ECC., PER MALATTIE O INFORTUNI? | no                       | si                       | EPOCA | MOTIVO DEL RICOVERO |
|---|--------------------------|--------------------------|-------|---------------------|
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... | .....               |
| HA SUBITO INTERVENTI OPERATORI?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... | .....               |
|   |                          |                          | ..... | .....               |

- 2) HA SOFFERTO O SOFFRE DI MALATTIE? IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA SPECIFICARE IL TIPO, L'EPOCA DI INSORGENZA E LA DURATA.

- | DELL' APPARATO RESPIRATORIO? | no                       | si                       |             | DURATA                   | EPOCA |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------|
|                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | pleuriti    | <input type="checkbox"/> | ..... |
|                              |                          |                          | broncopatie | <input type="checkbox"/> | ..... |
|                              |                          |                          | enfisema    | <input type="checkbox"/> | ..... |
|                              |                          |                          | tumori      | <input type="checkbox"/> | ..... |
|                              |                          |                          | altre       | <input type="checkbox"/> | ..... |

- | DELL' APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO? | no                       | si                       |                        | DURATA                   | EPOCA |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|-------|
|                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | infarto                | <input type="checkbox"/> | ..... |
|                                    |                          |                          | angina pectoris        | <input type="checkbox"/> | ..... |
|                                    |                          |                          | ipertensione           | <input type="checkbox"/> | ..... |
|                                    |                          |                          | insufficienza cardiaca | <input type="checkbox"/> | ..... |
|                                    |                          |                          | varici                 | <input type="checkbox"/> | ..... |
|                                    |                          |                          | artereopatie           | <input type="checkbox"/> | ..... |
|                                    |                          |                          | altre                  | <input type="checkbox"/> | ..... |

- | DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE? | no                       | si                       |                        | DURATA                   | EPOCA |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|-------|
|                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | epilessia              | <input type="checkbox"/> | ..... |
|                               |                          |                          | ictus cerebrale        | <input type="checkbox"/> | ..... |
|                               |                          |                          | morbo di Parkinson     | <input type="checkbox"/> | ..... |
|                               |                          |                          | tumori                 | <input type="checkbox"/> | ..... |
|                               |                          |                          | malattie psichiatriche | <input type="checkbox"/> | ..... |
|                               |                          |                          | altre                  | <input type="checkbox"/> | ..... |

- | DEL SISTEMA ENDOCRINO E DEL METABOLISMO? | no                       | si                       |                           | DURATA                   | EPOCA |
|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|-------|
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | diabete mellito           | <input type="checkbox"/> | ..... |
|  |                          |                          | gotta                     | <input type="checkbox"/> | ..... |
|  |                          |                          | alt.tiroide e paratiroidi | <input type="checkbox"/> | ..... |
|  |                          |                          | altre                     | <input type="checkbox"/> | ..... |

DELL' APPARATO UROLOGICO?	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	nefrite calcolosi renale insufficienza renale tumori altre	DURATA	EPOCA
				<input type="checkbox"/>	.....
				<input type="checkbox"/>	.....
				<input type="checkbox"/>	.....
				<input type="checkbox"/>	.....
				<input type="checkbox"/>	.....
<hr/>					
DELL' APPARATO GENITALE?	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	m.della prostata m.della mammella m.delle ovaie m.dell' utero altre	DURATA	EPOCA
				<input type="checkbox"/>	.....
				<input type="checkbox"/>	.....
				<input type="checkbox"/>	.....
				<input type="checkbox"/>	.....
				<input type="checkbox"/>	.....
<hr/>					
DELL' APPARATO DIGERENTE?	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	gastrite ulcera gastro-duodenale malattie dell'intestino tumori cirrosi epatica epatite calcolosi epatica altre	DURATA	EPOCA
				<input type="checkbox"/>	.....
				<input type="checkbox"/>	.....
				<input type="checkbox"/>	.....
				<input type="checkbox"/>	.....
				<input type="checkbox"/>	.....
				<input type="checkbox"/>	.....
<hr/>					
MALATTIA DELL' APPARATO OSTEO - ARTICOLARE E LOCOMOTORE?	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	artrosi artrite reumatoide altre	DURATA	EPOCA
				<input type="checkbox"/>	.....
				<input type="checkbox"/>	.....
				<input type="checkbox"/>	.....
<hr/>					
DEL SANGUE?	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	anemie malattie emorragiche leucemie altre	DURATA	EPOCA
				<input type="checkbox"/>	.....
				<input type="checkbox"/>	.....
				<input type="checkbox"/>	.....
				<input type="checkbox"/>	.....
<hr/>					
DELL' APPARATO VISIVO?	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	cataratta distacco retina glaucoma altre indicazione visus	DURATA	EPOCA
				<input type="checkbox"/>	.....
				<input type="checkbox"/>	.....
				<input type="checkbox"/>	.....
				<input type="checkbox"/>	.....
				<input type="checkbox"/>	.....
<hr/>					
3) E' STATO SOTTOPOSTO A TERAPIA RADIANTE?	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	EPOCA	DURATA	EPOCA
			.....	.....	.....
<hr/>					
4) HA IMPERFEZIONI FISICHE? (specificare la natura e l'entità)	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	alterazioni uditive alterazioni degli arti altre	DURATA	EPOCA
				<input type="checkbox"/>	.....
				<input type="checkbox"/>	.....
				<input type="checkbox"/>	.....
				<input type="checkbox"/>	.....
<hr/>					
5) HA SUBITO TRAUMI O FRATTURE O LESIONI ACCIDENTALI? (specificare l'esito)	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	del cranio degli organi di senso degli arti di altre sedi	DURATA	EPOCA
				<input type="checkbox"/>	.....
				<input type="checkbox"/>	.....
				<input type="checkbox"/>	.....
				<input type="checkbox"/>	.....
<hr/>					
6) INDICARE EVENTUALI TERAPIE FARMACOLOGICHE IN CORSO	.....				
	.....				

(\*) Crocettare la casella che interessa, specificando dove richiesto.

Si conferma che le dichiarazioni da me sopra fornite sono veritiere e complete e si riconosce che le stesse si riferiscono a circostanze essenziali agli effetti dell'erogazione dell'assistenza da parte delle CASPIE ai sensi della normativa assistenziale applicabile che si dichiara di ben conoscere.

In attesa di conoscere le determinazioni che verranno adottate, porgo distinti saluti.

....., li .....

.....  
(firma)

## LEGGE 7 dicembre 2023, n. 193

Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche. (23G00206)

Entrata in vigore il 02/01/2024

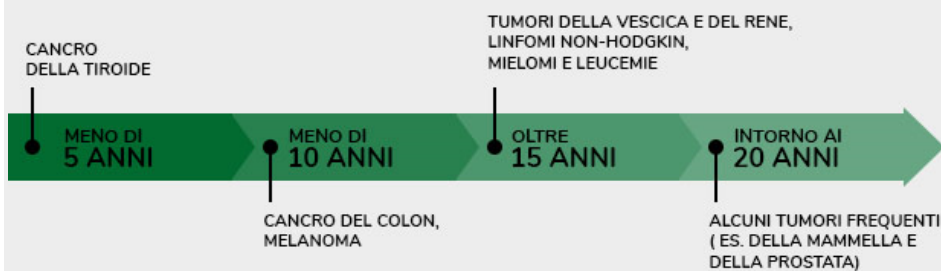
### CHE COSA SIGNIFICA IL DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO?

Il **diritto all'oblio** è il diritto di non fare menzione dell'esperienza di malattia attraversata quando il tempo trascorso e le condizioni di salute la rendono non più rilevante. E di non essere oggetto di indagine per questo motivo. E quando la malattia progressa non è più rilevante?

Quando è scomparso il rischio in eccesso dovuto al cancro, un lasso di tempo identificato in **dieci anni dal termine delle cure** attive per gli adulti e **cinque anni per i tumori diagnosticati prima dei 21 anni d'età**, senza che si siano verificati episodi di recidiva.

### LA GUARIGIONE DAL TUMORE

Un paziente oncologico viene considerato "guarito" quando raggiunge la stessa attesa di vita della popolazione generale. Le tempistiche variano in relazione alle diverse neoplasie.



Tipo di tumore	Specificazioni	Anni dalla fine del trattamento
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II-III, >21 anni	7
Melanoma	>21 anni	6
Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età	1
Utero, collo	>21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi <55 anni - uomini con diagnosi <45 anni. Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	<45 anni	5
Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età	5