

Domanda di Accettazione RSA

MPP01-1	Rev.04	12/07/2018	Pag. 1 di 7
---------	--------	------------	-------------

Riservato alla struttura_____

ID utente_____

Data accettazione:_____

Domanda unica di inserimento in RSA

(La dichiarazione di residenza ha valore di autocertificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 443 del 28.12. 2000)

Generalità dell'Interessato/a (soggetto per cui si chiede il ricovero):**Nome** **Cognome**M F Stato Civile..... ATS Residenza.....

Nato/a a..... il

Codice Fiscale Comune di residenza.....

Via/Piazza..... tel.....

Tipologia ricovero: ordinario temporaneo per dimissioni da H di sollievo **Urgente:** sì no**Al momento della domanda la persona interessata si trova: a Domicilio**(Usufruisce di: Assistenza domiciliare sanitaria (ADI) Assistenza domiciliare socialeE' allettata: SI NO Ha difficoltà a camminare: SI NO Ha disturbi cognitivi: SI NO) **in RSA**..... **in IDR**..... **in Struttura privata**..... **in Ospedale** reparto: telefono.....**Medico Medicina Generale Dott./ssa**.....telefono.....**Persona di riferimento:** nome.....cognome.....

Residente a.....via.....

telefono..... cell..... grado di parentela.....

Indirizzo e – mail:.....

Titolo di rappresentanza legale (nel caso di persone con deficit delle funzioni cognitive): Amministratore di sostegno Tutore Curatore**Seconda persona di riferimento: Nome.....Cognome.....**

Grado di parentela..... tel.....cell.....

Indirizzo e – mail:.....

Situazione economica del soggetto di cui si chiede il ricovero in RSA (Pensione): INPS cat. VO vecchiaia n. INPS cat. IO invalidità n. INPS cat. SO reversibilità n. INPS cat. PS sociale n. Stato (INPDAP, Ministero Tesoro, ecc.) n. Invalidità civile n. Indennità accompagnamento n.

Altro

Accertamento invalidità civile (barrare la casella che interessa)

In corso Accertata di grado% Domanda non presentata Ric. L 104: Si No

Il richiedente:

Data.....**Firma**.....

Per il richiedente: nome.....cognome.....

Grado di parentela.....Firma.....

Per il richiedente: nome.....cognome.....

Grado di parentela.....Firma.....

Consenso informato al trattamento dei dati (Regolamento UE 2016/679 e norme nazionali vigenti in materia di tutela e libera circolazione dei dati personali)

Il Regolamento UE 2016/679 prevede la tutela e la libera circolazione dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i suoi diritti.

Ai sensi dell'art. 13 del predetto Regolamento, Le comunichiamo che i dati saranno trattati al solo scopo di valutare le sue condizioni attuali in funzione dell'ammissione in questa RSA o in altre RSA provinciali a cui dovesse fare domanda di ammissione e hanno natura obbligatoria. Gli stessi dati potranno essere forniti alla Regione Lombardia o alla ATS di Como Via Pessina 6 – Direzione Sociale per gli obblighi di legge. Per far valere i suoi diritti così come previsto dagli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE 2016/679 potrà rivolgersi alla Regione, alla ATS di Como o alle R.S.A. da Lei prescelte.

La preghiamo di leggere l'informativa che Le verrà consegnata assieme alla presente domanda e di restituirci debitamente compilato il relativo modulo di consenso al trattamento.

Documenti da allegare alla domanda:

- **Copia Tessera sanitaria**
- **Consenso al trattamento dei dati da parte della RSA per valutazione ingresso anche da parte di altre strutture**

Questo modulo è di per sé sufficiente alla iscrizione del richiedente alla lista d'attesa della RSA a cui si formula la domanda di ricovero.

Riservato alla struttura_____

ID utente_____

Data accettazione:_____

Nome.....Cognome.....

Relazione sanitaria del medico curante

(a cura del medico curante, o del reparto ospedaliero o di altra struttura in cui si trova l'interessato)

INDICI FUNZIONALI				
	Autonomo	Con supervisione	Con aiuto	Totale dipendenza
Trasferimenti letto /sedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deambulazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Locomozione su sedia a rotelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Igiene personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INDICI COGNITIVI					
Demenza certificata da UVA ospedaliera <input type="checkbox"/> Sì data: <input type="checkbox"/> No	Assente	Lieve	Moderata	Grave	
Confusione/orientamento spazio temporale	<input type="checkbox"/>				
Irritabilità	<input type="checkbox"/>				
Irrequietezza	<input type="checkbox"/>				
Vagabondaggio afinalistico	<input type="checkbox"/>				
Allucinazioni (visive e/o uditive)	<input type="checkbox"/>				
Aggressività (verbale e/o fisica)	<input type="checkbox"/>				
Apatia	<input type="checkbox"/>				
Inversione ritmo sonno/veglia	<input type="checkbox"/>				

PROFILI di GRAVITA'			
Lesioni cutanee	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
da pressione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
vascolari	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Ausili per il movimento	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
Bastone / deambulatore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> di proprietà	<input type="checkbox"/> ASL
Carrozzina	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> di proprietà	<input type="checkbox"/> ASL
Gestione incontinenza	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
Pannolone / catetere esterno	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
Catetere vescicale a permanenza	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
Ano artificiale	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
Stomia	<input type="checkbox"/> SI	specificare.....	<input type="checkbox"/> NO
Alimentazione artificiale	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
S.N.G. (sondino naso gastrico)	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
P.E.G.	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
Insufficienza respiratoria	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
Ossigeno al bisogno	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
Ossigeno costante	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
Dialisi	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
Dialisi peritoneale	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
Dialisi extracorporea	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
Allergie Farmaci	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
Allergie Alimenti	<input type="checkbox"/> SI.....		<input type="checkbox"/> NO
Patologie infettive / contagiose in atto	<input type="checkbox"/> SI.....		<input type="checkbox"/> NO

C I R S

Il CIRS è uno strumento standardizzato per ottenere una misura della salute somatica dell'anziano. La versione proposta è quella suggerita dalla Regione Lombardia.

Lo strumento richiede che il Medico definisca la severità clinico – funzionale di 14 categorie di patologie: il Medico, sulla base della storia clinica, dell'esame obiettivo e della sintomatologia presentata definisce il livello di gravità per ognuna delle categorie:

CIRS (Cumulative Illness Rating Scale)

Assente	(1) Nessuna compromissione di organo o sistema.
Lieve	(2) La compromissione di organo, sistema non interferisce con la normale attività, il trattamento può essere richiesto o no, la prognosi è ottima (esempi possono essere abrasioni cutanee, ernie, emorroidi).
Moderata	(3) La compromissione di organo o sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario, la prognosi è buona (esempi possono essere colelitiasi, diabete, fratture).
Grave	(4) La compromissione di organo o sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (esempi possono essere carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco).
Molto grave	(5) La compromissione di organo o sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (esempi possono essere infarto del miocardio, stroke, sanguinamento gastrointestinale, embolia).

Si ottengono due indici:

- l'indice di severità, che risulta dalla media dei punteggi delle prime 13 categorie (escludendo la categoria patologie psichiatrico/comportamentali);
- l' indice di comorbidità, che rappresenta il numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore od uguale a 3 (escludendo la categoria patologie psichiatrico/comportamentali)

Quanto sopra è il modo indicato e corretto per il calcolo dell'indice di severità, tuttavia si dimostra poco sensibile nel differenziare diversi quadri clinici. In alternativa si può fare la media dei punteggi degli item delle patologie con punteggio superiore a 3, togliendo così l'effetto "pavimento" che determina nel calcolo la considerazione dei punteggi 1, cioè di assenza di patologia. Indicare sempre quale delle due procedure di conteggio si è seguita.

Altro punto critico è la non considerazione dell'item 14, vista l'incidenza delle patologie dovute a demenza, nella popolazione degli "anziani fragili" (popolazione che ricopre il maggior numero di ricoveri di sollievo). In ogni caso questo item NON va conteggiato.

INDICE DI COMORBIDITA'(CIRS)

Patologia	assente	lieve	moderato	grave	molto grave
Patologia cardiaca (solo cuore)					
Ipertensione (solo la severità, non gli organi coinvolti)					
Patologia vascolare (sangue / vasi / midollo /milza / sist. linfatico)					
Patologia respiratoria (polmoni / bronchi / trachea sotto la laringe)					
O.O.N.G.L. (occhio / orecchi / naso / gola / laringe)					
Apparato gastroenterico superiore (esofago / stomaco / duodeno / albero biliare / pancreas)					

Apparato gastroenterico inferiore (intestino/ernie)					
Patologia epatica (solo fegato)					
Patologia renale (solo rene)					
Patologie genito-urinarie (uretere/vescica/uretra/prostata/genitali)					
Patologia muscolo / scheletrico / cute (muscoli / scheletro / tegumenti)					
Patologia sistema nervoso (s.n.c. / periferico / non include demenza)					
Patologia endocrino/metabolica (diabete / patol. tiroide ecc.)					
Patologia psichiatriche/comportamentali (demenza / depressione /ansia /agitazione / psicosi)					

INDICE DI SEVERITA' INDICE DI COMORBIDITA'
(media dei punteggi prime 13 categorie) (n° di categorie, solo le prime 13, con punteggio >/= 3)

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA e PROSSIMA

.....
.....
.....
.....
.....
.....

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO (indicare farmaco e posologia)

.....
.....
.....
.....
.....

NOTE:.....

.....
.....

Nome e cognome del medico

Tel...... **e - mail**

timbro e firma del medico

.....
data di compilazione
(La presente certificazione ha validità annuale)



Fondazione Porta Spinola

Via Santo Stefano 28 - Mariano Comense
C.F. 81008470130 - P.IVA 02418440133

INFORMATIVA OSPITI/UTENTI
DOMANDA AMMISSIONE
Reg. UE 2016/679

Documento informativo ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13, Reg. UE 2016/679

In osservanza di quanto previsto dal Reg. UE 2016/679 (Regolamento Europeo per la protezione dei dati) e dalle norme nazionali vigenti in materia di privacy, siamo a fornirLe le dovute informazioni in ordine al trattamento dei dati personali da Lei forniti.

1. SOGGETTI DEL TRATTAMENTO

TITOLARE DEL TRATTAMENTO: ai sensi degli artt. 4 e 24 del Reg. UE 2016/679 è **FONDAZIONE PORTA SPINOLA**, nella persona del Direttore Generale pro-tempore, con sede in Mariano Comense (CO) – via S. Stefano 28.

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Il responsabile della protezione dei dati (Data Protection Officer) opportunamente nominato è contattabile al seguente indirizzo email: dpo@portaspinola.it

2. TIPOLOGIA DI DATI TRATTATI

Dato personale qualsiasi informazione riguardante un interessato, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale – cfr. art. 4, c. 1, n. 1 GDPR.

Categorie di dati particolari ad es. origine razziale ed etnica, opinioni politiche, convinzioni religiose o filosofiche, iscrizione sindacale, dati biometrici o relativi alla salute – cfr. art. 9 GDPR.

Dati relativi a condanne penali e ai reati o a connesse misure di sicurezza (cfr. art. 10 GDPR) *Dati personali idonei a rivelare provvedimenti di cui all'articolo 3, comma 1, lettere da a) a o) e da r) a u), del d.P.R. 14 novembre 2002, n. 313, in materia di casellario giudiziale, di anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato e dei relativi carichi pendenti, o la qualità di imputato o di indagato ai sensi degli articoli 60 e 61 del codice di procedura penale.*

Per **trattamento** di dati personali deve intendersi: *"qualunque operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insieme di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione".*

Per **interessato** deve intendersi: *"persona fisica identificata o identificabile".*

3. FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

I dati personali comuni e particolari (ex sensibili), volontariamente forniti mediante la compilazione della domanda di ammissione, saranno trattati da **FONDAZIONE PORTA SPINOLA** nel rispetto delle condizioni di licetità ex art. 6 Reg. UE 2016/679 e fino a sua opposizione, al fine dell'inserimento del Suo nominativo nella nostra lista d'attesa (graduatoria), per poterla ricontattare nel caso di future disponibilità del servizio erogato da questo Ente da Lei richiesto, nonché per le attività amministrativo-contabili. Ai fini dell'applicazione delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali, i trattamenti effettuati per finalità amministrativo-contabili sono quelli connessi allo svolgimento delle attività di natura organizzativa, amministrativa, finanziaria e contabile, a prescindere dalla natura dei dati trattati.

4. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO e PERIODO DI CONSERVAZIONE

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e manuale, con modalità e strumenti volti a garantire la massima sicurezza e riservatezza, ad opera di soggetti di ciò appositamente incaricati in ottemperanza a quanto previsto dal Reg. UE 2016/679. I dati saranno conservati per un periodo non superiore agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti e successivamente trattati. La informiamo inoltre che i dati personali a Lei riferibili saranno trattati nel rispetto delle modalità indicate nel Reg. UE 2016/679 il quale prevede, tra l'altro, che i dati stessi siano:

- trattati in modo lecito e secondo correttezza;
- raccolti e registrati per scopi determinati, esplicativi e legittimi;
- esatti e, se necessario, aggiornati;
- pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle formalità del trattamento.



Fondazione Porta Spinola

Via Santo Stefano 28 - Mariano Comense
C.F. 81008470130 - P.IVA 02418440133

INFORMATIVA OSPITI/UTENTI

DOMANDA AMMISSIONE

Reg. UE 2016/679

5. DESTINATARI O CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI

I Suoi dati potranno essere comunicati a Società contrattualmente legate a **FONDAZIONE PORTA SPINOLA**, al fine di ottemperare ai contratti o finalità connesse. I dati saranno trattati da **autorizzati**, cioè da persone fisiche autorizzate a compiere operazioni di trattamento dal titolare opportunamente nominate e istruite.

I dati potranno essere comunicati a terzi appartenenti alle seguenti categorie:

- soggetti che forniscono servizi per la gestione del sistema informativo usato da **FONDAZIONE PORTA SPINOLA** e delle reti di telecomunicazioni (ivi compresa la posta elettronica);
- studi o società nell'ambito di rapporti di assistenza e consulenza (legale, fiscale, assicurativa, ecc.);
- enti pubblici per l'adempimento degli obblighi di legge (es. ATS, Provincia di Como, Regione Lombardia per progetto CRS-SISS/carta dei servizi, ecc.);

I predetti terzi che appartengono alle categorie suddette svolgono la funzione di Responsabile del trattamento dei dati oppure operano in totale autonomia come distinti Titolari del trattamento. Elenco completo dei Responsabili è disponibile presso la sede del Titolare del trattamento.

I dati di natura personale **non saranno trasferiti all'estero** all'interno o all'esterno dell'Unione Europea.

6. NATURA DEL CONFERIMENTO E RIFIUTO

Il conferimento dei dati per la finalità sopra riportata è libero, ma strettamente necessario per poterLe fornire il servizio richiesto e per inserirla nella nostra lista d'attesa. In caso di mancato conferimento e consenso, non sarà possibile trattare i suoi dati per tale finalità.

7. DIRITTI DEGLI INTERESSATI

Lei potrà far valere i propri diritti come espressi dagli artt. 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 del Regolamento UE 2016/679, rivolgendosi al Titolare, scrivendo all'indirizzo info@portaspinola.it. Lei ha il diritto, in qualunque momento, di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai Suoi dati personali, la rettifica, la cancellazione degli stessi, la limitazione del trattamento. Inoltre, ha il diritto di opporsi, in qualsiasi momento, al trattamento dei suoi dati (compresi i trattamenti automatizzati, es. la profilazione), nonché alla portabilità dei suoi dati. Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo e giurisdizionale, se ritiene che il trattamento dei dati che la riguardano, violi quanto previsto dal Reg. UE 2016/679, ai sensi dell'art. 15 lettera f) del succitato Reg. UE 2016/679, Lei ha il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali e, con riferimento all'art. 6 paragrafo 1, lettera a) e art. 9, paragrafo 2, lettera a), ha il diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso prestato. Nel caso di richiesta di portabilità del dato il Titolare del trattamento Le fornirà in un formato strutturato, di uso comune e leggibile, da dispositivo automatico, i dati personali che la riguardano, fatto salvo i commi 3 e 4 dell'art. 20 del Reg. UE 2016/679.

Ai sensi del medesimo articolo si ha il diritto di chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento.

Qualora contatti il titolare è pregato di fornire l'indirizzo di posta elettronica, il nominativo, l'indirizzo e/o i numeri di telefono, al fine di permettere la corretta gestione della richiesta.

Il Titolare del trattamento
DIRETTORE GENERALE

(Villa Luisa)

FONDAZIONE PORTA SPINOLA



Fondazione Porta Spinola

Via Santo Stefano 28 - Mariano Comense
C.F. 81008470130 - P.IVA 02418440133

INFORMATIVA OSPITI/UTENTI

DOMANDA AMMISSIONE

Reg. UE 2016/679

MODULO DI CONSENTO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI – Reg. UE 2016/679

(da compilare a cura di chi presenta la domanda)

Io sottoscritta/o _____, C.F. _____

nato a _____, il _____

e residente in _____

in qualità di interessato (*ospite capace di intendere e volere*)

oppure

Io sottoscritta/o _____, C.F. _____

nato a _____, il _____

e residente in _____

in qualità di *tutore* *amministratore di sostegno* *altro (specificare: _____)*

di _____ (ospite)

nato a _____, il _____

e residente in _____

Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa resa da **FONDAZIONE PORTA SPINOLA** ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679) e delle norme nazionali vigenti in materia di privacy, inerente il trattamento dei dati conferiti mediante la compilazione della domanda di ammissione e

ACCONSENTO AL TRATTAMENTO

dei dati personali, sia comuni sia particolari (ex sensibili), per la finalità di presentazione della domanda di ammissione presso la struttura.

**Firma per consenso al trattamento
dell'interessato o di chi ne fa le veci**

Luogo e data _____

AUTOCERTIFICAZIONE DI RESIDENZA

(Art.46 – lettera b – DPR 28 dicembre 2000, n.445)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a in _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato DPR 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 DPR 445/2000),

D I C H I A R A

di ESSERE RESIDENTE

a _____ Provincia di _____

in Via/Piazza _____ n. _____ dal _____

dal _____ proveniente da _____

Ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003 autorizza la raccolta dei presenti dati per il procedimento in corso.

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del DPR 28 dicembre 2000, n.445.

Data _____

Firma del dichiarante

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi ed ai privati che vi consentono.

ALLEGARE ALLA PRESENTE DICHIARAZIONE LA FOTOCOPIA FRONTE E RETRO DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL DICHIARANTE.