

# **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 sociale

E' 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.*

**Certificazione sanitaria**

**RSA accreditate  
nell'ambito territoriale  
della ATS Insubria**

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

<b>PROFILI di GRAVITA'</b>		
<b>Lesioni cutanee</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
<b>da pressione</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Sede</b>	
<b>vascolari</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Sede</b>	
<b>Ausili per il movimento</b>	<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	
<b>Gestione incontinenza</b>	<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
<b>Stomia</b>	<input type="checkbox"/> SI    specificare.....	<input type="checkbox"/> NO
<b>Alimentazione artificiale</b>	<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
<b>Insufficienza respiratoria</b>	<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
<b>Dialisi</b>	<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
<b>Allergie Farmaci</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Allergie Alimenti</b>	<input type="checkbox"/> SI.....	<input type="checkbox"/> NO
<b>Patologie infettive / contagiose in atto</b>	<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)

<b>Assente</b>	(1) Nessuna compromissione di organo o sistema.
<b>Lieve</b>	(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).
<b>Moderata</b>	(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).
<b>Grave</b>	(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).
<b>Molto grave</b>	(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)					
Iperensione (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)

# 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),

## DICHIARA

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.

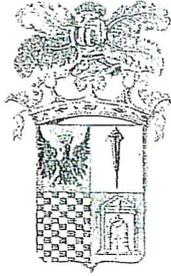
Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del DPR 28 dicembre 2000, n.445.

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.**



## *Fondazione Porta Spinola*

### **DOCUMENTI DA ALLEGARE A DOMANDA DI INSERIMENTO IN RSA**

Unitamente alla domanda di inserimento in RSA che va compilata con tutti i dati richiesti si chiede di allegare la seguente documentazione:

- Fotocopia carta di identità
- Fotocopia codice fiscale
- Fotocopia tessera sanitaria
- Fotocopia verbali invalidità
- Fotocopia esenzione ticket sanitari
- Certificato/autocertificazione di residenza
- Documentazione sanitaria recente (visite specialistiche, esami etc)



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 CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI – Reg. UE 2016/679**

*(da compilare a cura di chi presenta la domanda)*

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_,

nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

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

*oppure*

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_