Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ATS Insubria

RSA accreditate nell'ambito territoriale della ATS Insubria

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.....Asl residenza.....

Nato/a a .....il.....

Codice fiscale.....Comune di residenza.....

Via/piazza..... tel.....

Tipologia di ricovero: □ ordinario □ temporaneo per dimissioni da H □ di sollievo *Urgente*: □ SI □ NO

Al momento della domanda la persona interessata si trova: □ *a domicilio*

(usufruisce di: □ Assistenza domiciliare sanitaria □ 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:.....tel.....

Medico Medicina Generale Dott/ssa .....tel.....

Persona di riferimento: Nome.....Cognome.....

Grado di parentela.....Residente a .....via.....

Tel.....Cell.....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.....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, Min. Tesoro, ecc.) n.....

□ Invalidità civile n.....

□ Indennità accompagnamento n.....

□ Altro.....

Accertamento Invalidità Civile (barrare la casella che interessa)

□ Domanda non presentata □ in corso □ Accertata di grado.....% (da allegare) 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.....

INFORMATIVA PRIVACY

Desideriamo informarLa che il Regolamento Europeo 2016/679 (*regolamento generale sulla protezione dei dati, di seguito "GDPR")* prevede la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali. **Casa di riposo F. e T. Vallardi**, in qualità di **"Titolare"** del trattamento, ai sensi dell'articolo 13 del GDPR, pertanto, Le fornisce le seguenti informazioni:

A. CATEGORIE DI DATI: Casa di riposo F. e T. Vallardi tratterà i suoi dati personali quali dati identificativi, di contatto ed inerenti la sua salute (ad es.FASAS, esiti di visite mediche, cartella medica, ecc.).

B. FONTE DEI DATI PERSONALI: I dati personali di cui **Casa di riposo F. e T. Vallardi** è in possesso sono raccolti direttamente presso l'interessato o possono provenire da Enti pubblici.

C. TITOLARE DEL TRATTAMENTO: Il titolare del trattamento è **Casa di riposo F. e T. Vallardi, Via Abate G. Pozzone, 2, 22070 Appiano Gentile CO, Partita IVA 09905400157** contattabile telefonicamente allo **031 930214.**

D. FINALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI E BASE GIURIDICA: i dati personali sono trattati dal Titolare secondo le seguenti finalità **basate sul consenso dell'interessato** relative a:

1. **AMMINISTRATIVO:** espletamento dei compiti gestionali ed organizzativi necessari all'inserimento del suo nominativo nelle liste d'attesa della struttura;
2. **DIAGNOSI:** svolgimento di una prima attività diagnostica dello stato generale della sua salute per valutare la possibilità di suo inserimento nei reparti della struttura.

E. DATI DI CONTATTO DEL D.P.O.: Il titolare ha provveduto alla nomina del D.P.O., contattabile via mail all'indirizzo: casadiriposovallardi@segnalazionidpo.it.

F. DESTINATARI DEI DATI: Nei limiti pertinenti alle finalità, i suoi dati potranno essere comunicati ai Responsabili ed agli Incaricati all'interno dell'Istituto ed a soggetti esterni all'Istituto, quali collaboratori, consulenti, tirocinanti, medici specialistici, liberi professionisti, istituzioni o organismi pubblici, ATS, Aziende Ospedaliere, Servizio Sanitario Nazionale, enti previdenziali. I suoi dati non saranno oggetto di alcuna diffusione. I Responsabili e gli Incaricati del trattamento in carica sono puntualmente individuati nel Documento sulla Privacy, aggiornato con cadenza periodica.

G. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI: I dati raccolti verranno conservati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati ("principio di limitazione della conservazione", art.5, GDPR) o in base alle scadenze previste dalle norme di legge. La verifica sulla obsolescenza dei dati conservati in relazione alle finalità per cui sono stati raccolti viene effettuata periodicamente.

H. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO: I dati raccolti non sono oggetto di trasferimento verso paesi terzi

I. DIRITTI DELL'INTERESSATO: L'interessato ha sempre diritto a richiedere al Titolare l'accesso ai suoi dati, la rettifica o la cancellazione degli stessi, la limitazione del trattamento o la possibilità di opporsi al trattamento, di richiedere la portabilità dei dati, di revocare il consenso al trattamento facendo valere questi e gli altri diritti previsti dal GDPR tramite semplice comunicazione al Titolare. L'interessato può proporre reclamo anche a un'autorità di controllo.

J. OBBLIGATORIETÀ O MENO DEL CONSENSO: Il conferimento dei dati per le finalità sopra elencate è obbligatorio per valutare il suo inserimento in struttura. L'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta il mancato inserimento nelle liste d'attesa.

K. MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI: I dati da Voi forniti, verranno trattati nel rispetto della normativa sopracitata e degli obblighi di riservatezza a cui è ispirata l'attività del Titolare. Suoi dati saranno trattati sia con strumenti informatici sia su supporti cartacei sia su ogni altro tipo di supporto idoneo, nel rispetto delle misure adeguate di sicurezza previste dal GDPR.

Il richiedente: data.....Firma.....

Per il richiedente: Nome.....Cognome.....

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

Per il richiedente: Nome.....Cognome.....

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

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ATS Insubria

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	□	□	□	□
Deambulazione	□	□	□	□
Locomozione su sedia a rotelle	□	□	□	□
Igiene personale	□	□	□	□
Alimentazione	□	□	□	□

INDICI COGNITIVI				
Demenza certificata da UVA ospedaliera □ Si data: □ No	Assente	Lieve	Moderata	Grave
Confusione/orientamento spazio temporale	□	□	□	□
Irritabilità	□	□	□	□
Irrequietezza	□	□	□	□
Vagabondaggio afinalistico	□	□	□	□
Allucinazioni (visive e/o uditive)	□	□	□	□
Aggressività (verbale e/o fisica)	□	□	□	□
Apatia	□	□	□	□
Inversione ritmo sonno/veglia	□	□	□	□

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

CIRS

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)