RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN LISTA D'ATTESA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A (cognome e nome) _____

NATO/A A _____ (_____) IL _____/_____/_____

STATO CIVILE _____ COGNOME ACQUISITO _____

RESIDENTE IN _____ (____) VIA _____ NR _____

** per i soli residenti nel Comune di Bagolino (Bs) allegare certificato di* ***residenza storico.***

ATTUALE DIMORA _____ TELEFONO _____

CODICE FISCALE ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

TESSERA SANITARIA ☐☐☐☐☐☐☐☐ ENZIONE TICKET N° _____

CARTA DI IDENTITA' N. _____ DEL _____ SCADENZA _____

(allegare copia documento di identità e copia della tessera sanitaria)

RECAPITO FAMIGLIARI E/O PERSONE DI RIFERIMENTO (cognome e nome, grado di parentela, indirizzo e n. tel.)

_____
_____
_____
_____

MEDICO CURANTE _____

ANNOTAZIONI VARIE _____

N° FIGLI MASCHI _____ N° FIGLIE FEMMINE _____

il cui stato di salute è desumibile dalla documentazione sanitaria allegata,

CHIEDE

di essere ospitato/a presso codesta R.S.A. alle condizioni indicate nello schema di contratto di assistenza socio-sanitaria, e nella Carta dei Servizi dei quali dichiara di aver preso visione.

MOTIVO DELLA DOMANDA
- ☐ 1) Ha perso l'autonomia fisica / psichica
- ☐ 2) La famiglia non è in grado di provvedere
- ☐ 3) Vive da solo
- ☐ 4) L'alloggio è inidoneo
- ☐ 5) Altro

INIZIATIVA DELLA DOMANDA
- ☐ 1) Il soggetto stesso
- ☐ 2) Familiare o affine
- ☐ 3) Assistente sociale o atri servizi
- ☐ 4) Medico
- ☐ 5) Tutore/Amministratore di Sostegno
- ☐ 6) Altro

PROVENIENZA OSPITE:
- ☐ 1) Ospite che accede alla struttura direttamente dal domicilio
- ☐ 2) Ospite in dimissione da struttura psichiatrica (ex O.P.)
- ☐ 3) Ospite in dimissione da struttura sanitaria ospedaliera accreditata e/o non accreditata
- ☐ 4) Ospite in dimissione da istituto di riabilitazione
- ☐ 5) Ospite dimesso da altra struttura (Centro diurno-integrato – RSA - ricovero a pagamento)

* _____(indicare nome struttura di provenienza)

SOGGETTO CON INVALIDITA' ☐ SI (indicare % inv.)_____ ☐ NO

SOGGETTO CON ASSEGNO ACCOMPAGNAMENTO: ☐ SI ☐ NO (domanda presentata) ☐ NO

SOGGETTO CON BUONO SOCIO SANITARIO: ☐ SI ☐ NO (in lista di attesa) ☐ NO

SOGGETTO IN A.D.I. (assistenza domicilare integrata): ☐ SI ☐ NO

SOGGETTO CON MISURA DI TUTELA GIURIDICA ☐ SI (☐ tutore ☐ curatore ☐ amministratore di sostegno) ☐ NO

TITOLO DI STUDIO ☐ ANALFABETA ☐ ELEMENTARE/MEDIE INFERIORI ☐ SUPERIORE ☐ UNIVERSITA'

PROFESSIONE PREVALENTE _____

PROFESSIONE ALL'INGRESSO IN STRUTTURA _____

SITUAZIONE PENSIONISTICA

□ NESSUNA PENSIONE □ ANZIANITA'/VECCHIAIA
□ SOCIALE □ DUE O PIU' TIPOLOGIE DI PENSIONE
□ TIPOLOGIA SPECIALE (guerra-infortunio sul lavoro)
□ REVERSIBILITA' □ INVALIDITA'

SI IMPEGNA

a) ad entrare nella R.S.A. entro 2 giorni dalla comunicata disponibilità del posto letto. L'eventuale successiva rinuncia comporta la cancellazione dalla lista d'attesa della R.S.A.;

b) ad effettuare il pagamento della retta di degenza stabilita dall'amministrazione della R.S.A., come indicato nello schema di contratto di assistenza socio-sanitaria;

c) a fornire tutti i dati e la documentazione che verranno richiesti al momento dell'ingresso ed in particolare:

- nominativi ed indirizzi completi dei parenti
- nominativi di eventuali soggetti legalmente incaricati a rappresentare l'ospite
- altre notizie anagrafiche
- altre notizie sulle abitudini di vita
- gli esiti di esami ematici e strumentali e delle visite specialistiche effettuate recentemente e/o in passato

Lì, _____ _____
Firma dell'utente

QUADRO DA COMPILARSI IN PRESENZA DI MISURE DI PROTEZIONE GIURIDICA

In caso di impossibilità alla firma da parte dell'utente stesso, il soggetto **legalmente autorizzato** (amm.re di sostegno/curatore/tutore) può presentare domanda in sua vece compilando il quadro successivo.

In caso di assenza di soggetto legalmente autorizzato il famigliare può temporaneamente (in attesa della conclusione dell'iter di nomina del soggetto legalmente autorizzato) presentare domanda in sua vece compilando il quadro successivo.

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di (indicare grado di parentela o titolo diverso) _____ del sig./sig.ra _____ impedito/a alla sottoscrizione della domanda di ingresso in R.S.A. per ragioni connesse allo stato di salute chiede l'ammissione in R.S.A. del signore/signora sopra riportato/a.

data _____ _____
Firma*

*allegare copia del documento di identità e, in caso di soggetto legalmente nominato, anche copia del decreto di nomina.

ALLEGATI:

1. INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PER IL PASSAGGIO AL MEDICO DI STRUTTURA
2. MODULO PER RACCOLTA DATI SANITARI
3. INFORMATIVA TUTELE GIURIDICHE

A CURA DEL RESP.SANITARIO DELLA FONDAZIONE *CASA DI RIPOSO* - *NUCLEO ALZHEIMER* - *CLASSE SOSIA* _____

VALUTAZ. DELLA GRAVITA' DELLE CONDIZ. CLINICHE GENERALI _____ _____

Firma del medico che effettua la valutazione

RACCOLTA ANAMNESTICA DATI A CURA DEL MEDICO CURANTE

Cognome _____ Nome _____

Nato/a_____ il _____

Residente a _____ Via _____ N° _____

DIAGNOSI

_____
_____
_____
_____

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO (farmaco e posologia)

_____
_____
_____
_____

PROFILI DI GRAVITA'

▪ lesioni da decubito	SI ☐	NO ☐
▪ catetere urinario permanente	SI ☐	NO ☐
▪ cadute negli ultimi 3 mesi (anche senza conseguenze)	SI ☐	NO ☐
▪ numero cadute _____		
▪ contenzione fisica permanente	SI ☐	NO ☐
▪ etilismo attivo	SI ☐	NO ☐
▪ disinibizione	SI ☐	NO ☐
▪ irritabilita'	SI ☐	NO ☐
▪ aggressività	SI ☐	NO ☐
▪ depressione attiva	SI ☐	NO ☐
▪ tentati suicidi recenti	SI ☐	NO ☐
▪ tentati suicidi pregressi	SI ☐	NO ☐

AUSILI IN USO PER LA GESTIONE DELLE INSUFFICIENZE FUNZIONALI

Ausili per movimento	▪ bastone / gruccia / deambulatore	☐
	▪ arto artificiale	☐
	▪ carrozzina	☐
Gestione incontinenza	▪ presidi assorbenti / catetere esterno	☐
	▪ catetere	☐
	▪ ano artificiale	☐
Gestione diabete	▪ solo dieta	☐
	▪ antidiabetici	☐
	▪ insulina	☐
Alimentazione artificiale	▪ sondino	☐
	▪ PEG	☐
	▪ parent. totale	☐
Insufficienza	▪ 02 x 6 ore	☐
	▪ 02 costante	☐
	▪ ventilatore	☐
Dialisi	▪ dialisi peritoneale	☐
	▪ dialisi extracorp.	☐

INDICE DI MOBILITA'

▪ trasferimento letto/sedia:

1 ☐ necessarie due persone per il trasferimento del paziente, con o senza ausilio meccanico
2 ☐ il paziente collabora, ma è necessaria comunque la collaborazione di una persona
3 ☐ per una o più fasi del trasferimento è necessaria la collaborazione di una persona
4 ☐ occorre una persona per garantire la sicurezza e/o infondere fiducia
5 ☐ il paziente è in grado di muoversi senza pericoli ed è autonomo durante il trasferimento

▪ deambulazione

1 ☐ dipendenza rispetto alla deambulazione
2 ☐ necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
3 ☐ necessario aiuto da parte di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
4 ☐ paziente autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione per ridurre i rischi e infondergli fiducia, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto
5 ☐ paziente autonomo nella deambulazione, deve essere in grado di indossare corsette e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego. Deve poter adoperare stampelle, bastoni, ecc. e percorrere 50 metri senza aiuto o supervisione.

▪ locomozione su sedia a rotelle

1 ☐ paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione
2 ☐ paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano
3 ☐ indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto ecc.
4 ☐ riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessaria assistenza per i tratti difficoltosi
5 ☐ autonomo: deve essere in grado di girare intorno agli spigoli, su sé stesso, di accostarsi al tavolo, ecc. e deve essere in grado di percorrere almeno 50 metri.

▪ igiene personale

1 □ paziente non in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti i punti di vista
2 □ è necessario assisterlo in tutte le circostanze dell'igiene personale
3 □ è necessario assisterlo in una o più circostanze della igiene personale
4 □ è in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'operazione da eseguire
5 □ totale indipendenza

▪ alimentazione

1 □ paziente totalmente dipendente, va imboccato
2 □ riesce a manipolare qualche posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva
3 □ riesce ad alimentarsi sotto supervizione – l'assistenza è limitata ai gesti più complicati
4 □ paziente indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni... la presenza di un'altra persona non è indispensabile
5 □ totale indipendenza nel mangiare

INDICE DI COGNITIVITA' E COMPORTAMENTO

▪ confusione

1 □ paziente completamente confuso – comunicazione e attività cognitive compromesse, personalità destrutturata
2 □ è chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
3 □ apparte incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e ne tempo
4 □ è perfettamente lucido

▪ irritabilità (stato relazionale)

1 □ qualsiasi contatto è causa di irritabilità
2 □ uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare
3 □ mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete
4 □ non mostra segni di irritabilità ed è calmo

▪ irrequietezza (stato comportamentale)

1 □ cammina avanti e indietro incessantemente ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo
2 □ appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione, toccando in continuazione vari oggetti
3 □ mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione, ha difficoltà nel mantenere fermi piedi e mani e tocca continuamente vari oggetti
4 □ non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

Si certifica inoltre che attualmente il paziente non è portatore di malattie contagiose e/o mentali tali da controindicare la vita in comunità.

MEDICO CURANTE (nome, cognome, indirizzo, telefono, timbro)

_____

_____

_____

PS: Allegare, se possibile, i referti degli accertamenti eseguiti ed eventuale altra documentazione clinica recente (cartelle, lettere di dimissione, M.M.S.E, U.C.L.A ecc. .....) al fine di consentire un tempestivo ed obiettivo giudizio sulla ammissibilità dell'assistito e garantire una migliore assistenza.

Fondazione Beata Lucia
Versa Dalumi O.N.L.U.S.

rev 00 del 21/05/2018

Informativa all'interessato sul trattamento dei dati personali -Lista d'attesa-

Gentile Signora/Egregio Signore,
ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del 27 aprile 2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati, di seguito "Regolamento"), la Fondazione Beata Lucia Versa Dalumi O.n.l.u.s. di Bagolino, in qualità di Titolare del trattamento (d'ora innanzi, per brevità, il "Titolare") Le fornisce le seguenti informazioni relative al trattamento dei dati personali del richiedente e/o quelli riguardanti i familiari, i soggetti legalmente responsabili e/o le persone a cui fare riferimento per la tutela dello stesso. La Fondazione dovrà raccogliere e trattare dati personali comuni e particolari (vale a dire dati idonei a rivelare la vita sessuale, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere della persona) nonché dati relativi alla salute della persona.

Titolare del trattamento:

Il Titolare del Trattamento è la Fondazione Beata Lucia Versa Dalumi O.n.l.u.s. di Bagolino

1. Finalità e base giuridica del trattamento

I dati personali forniti direttamente dall'interessato o altrimenti acquisiti dalla domanda d'inserimento, saranno trattati esclusivamente per il perseguimento delle seguenti finalità:

a) **di legge**: connesse agli obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché impartite da autorità a ciò legittimate;
b) **Legittimi interessi**: cioè dirette esclusivamente per l'inserimento in lista d'attesa in RSA.

2. Conseguenze del mancato conferimento dei dati o del mancato consenso al trattamento dei dati personali

Il conferimento dei suoi dati personali è obbligatorio per il raggiungimento delle finalità, punto 1 lett. a), b) connesse ad obblighi previsti da leggi, regolamenti o normative comunitarie nonché una corretta instaurazione, gestione connesso alla procedura di accoglienza in RSA. Si precisa che, in caso di mancato conferimento, la domanda di ammissione in R.S.A. non potrà essere accolta.

3. Conservazione dei dati personali

I dati personali oggetto di trattamento saranno conservati in ottemperanza a quanto statuito dall'art. 5 comma 1 lett. e) del Regolamento in una forma che consenta l'identificazione degli interessati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità cui al punto 1 per le quali i dati personali sono trattati o per il tempo strettamente necessario all'adempimento di obblighi di legge. Il Titolare fa riferimento ai tempi stabiliti nel Massimario di scarto del "Titolario e Massimario del Sistema Sociosanitario Lombardo, già Sistema Sanitario e Sociosanitario di Regione Lombardia".

4. Modalità e logica del trattamento

Sia i dati particolari che i dati comuni vengono trattati sia attraverso strumenti informatici, sia attraverso la raccolta dei documenti in tradizionali fascicoli, schede e archivi cartacei, con logiche strettamente correlate alle finalità indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

5. Categorie di soggetti terzi ai quali potrebbero essere comunicati i dati

I dati di natura personale e quelli appartenenti a categorie particolare, potranno essere comunicati a destinatari, che tratteranno i dati in qualità di responsabili (art. 28 del Reg. UE 2016/679) e/o in qualità di persone autorizzate al trattamento dei dati che agiscono sotto l'autorità del Titolare e/o del Responsabile (art. 29 del Reg. UE 2016/679), per le finalità indicate al punto 1. Precisamente, i dati saranno comunicati a:

- persone fisiche autorizzate dal Titolare al trattamento di dati personali ex art. 29 GDPR in ragione dell'espletamento delle loro mansioni lavorative (es. personale sanitario e amministrativo, amministratori di sistema ecc...);

- soggetti terzi in rapporto contrattuale o convenzionale con il Titolare (es. alcune delle prestazioni sanitarie potrebbero essere poi eseguite da altri soggetti esterni);
- Organismi sanitari pubblici e privati, altri organismi del Servizio Sanitario Nazionale, organi della pubblica amministrazione, autorità di pubblica sicurezza, autorità giudiziaria ed enti assicurativi e altri soggetti, a cui sia obbligatorio comunicare i Dati Personali in forza di disposizioni di legge o di ordini delle autorità.

L'elenco dei Responsabili del trattamento è costantemente aggiornato e disponibile presso la sede della fondazione.

6. Trasferimento dei dati personali verso un paese terzo e/o un'organizzazione internazionale

Nessun dato personale dell'Utente verrà trasferito a un paese terzo al di fuori della Unione Europea o ad Organizzazioni Internazionali.

7. Diritti dell'interessato

Ai sensi degli artt. 15 e ss. del GDPR, l'interessato ha il diritto di chiedere al Titolare del trattamento:

- l'accesso ai suoi dati personali;
- la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano;
- l'opposizione al trattamento;
- la portabilità dei dati nei termini di cui all'art. 20 cit.;

qualora il trattamento sia basato sull'articolo 6, paragrafo 1, lettera a), oppure sull'articolo 9, paragrafo 2, lettera a), cit. la revoca del consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giurisdizionale, l'interessato che ritenga che il trattamento che lo riguarda violi il Regolamento, ha il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo, segnatamente nello Stato membro in cui risiede abitualmente, lavora oppure del luogo ove si è verificata la presunta violazione (art. 77 cit.).

(23/05/2018)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a _____

OPPURE

Il/La sottoscritto/a _____

In qualità di

[ ] **familiare** [ ] convivente [ ] curatore familiare [ ] amministratore di sostegno

a) Compiutamente informato ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679

acconsente ☐ non acconsente ☐

al trattamento dei dati personali, comuni e particolari, per le finalità descritte nell'informativa che precede, nonché alla comunicazione dei dati personali comuni e sensibili ai soggetti ivi indicati.

La ringraziamo per l'attenzione che ha voluto dedicarci e La preghiamo di volerci restituire, debitamente sottoscritto, il presente modulo.

Luogo e Data_____ - Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DELLA RESIDENZA, DEL DOMICILIO E DELLO STATO DI FAMIGLIA

(art. 46 D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a a ..... il.....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

DI ESSERE RESIDENTE A:

Città ..... (.....) CAP .....

via ..... n°.....

a far data dal .....

DI ESSERE DOMICILIATO A:

Città ..... (.....) CAP .....

via ..... n°.....

a far data dal .....

(da compilare solo se il domicilio risulta essere diverso dalla residenza)

CHE LO STATO DI FAMIGLIA E' COMPOSTO, OLTRE CHE DAL DICHIARANTE, DALLE SEGUENTI PERSONE:

Parentela	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita

....

Luogo e data

il/la dichiarante

In allegato: copia fotostatica del documento di identità in corso di validità