

RICHIESTA DI AMMISSIONE

All'amministrazione di Casa di Riposo di Sabbio Chiese

A) Si richiede l'inserimento in lista d'attesa del/la Sig./Sig.ra _____

B) Il / La sottoscritto/a _____ richiede di essere inserito/a in lista d'attesa

Nato/a il ____/____/____ a _____ (Prov. _____)

Residente a _____ in via _____ n° _____

Attuale domicilio _____ in via _____ n° _____

Codice Fiscale: ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____

TESSERA SANITARIA: _____ Es. ticket: _____

Carta identità n° _____ del _____ scadenza _____ (allegare copia)

N° figli maschi: _____ N° figlie femmine: _____ Stato Civile: _____

Annotazioni varie: _____

PARENTI DI RIFERIMENTO

☒ Sig./Sig.ra _____ Residente a _____

In via _____ n° _____ Tel: _____

e-mail: _____ Grado di parentela _____

N.B.: IL NOMINATIVO SOPRA INDICATO SARA' IL PARENTE DI RIFERIMENTO CHE VERRA' CONTATTATO PER OGNI NECESSITA'

☒ Sig./Sig.ra _____ Residente a _____

In via _____ n° _____ Tel: ____/____/____

e-mail: _____ Grado di parentela _____

ALLA SEGUENTE UNITA' D'OFFERTA:

in RSA: ☐ Definitivo ☐ Sollievo ☐ Centro Diurno Integrato (CDI) ☐ Mini Alloggi Protetti

MOTIVO DELLA DOMANDA: ☐ ha perso l'autonomia fisica/psichica
☐ la famiglia non è in grado di provvedere
☐ vive da solo
☐ l'alloggio è inadatto
☐ Altro _____

INIZIATIVA DELLA DOMANDA: ☐ Il soggetto stesso
☐ Familiare o affine
☐ Assistente sociale o altri servizi
☐ Medico
☐ Tutore/Amministratore di sostegno
☐ Altro _____

PROVENIENZA OSPITE:

- ☐ 1) Ospite che accede alla struttura direttamente dal domicilio
☐ 2) Ospite in dimissione da struttura psichiatrica
☐ 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)
☐ 6) * _____ (indicare nome struttura di provenienza)

POSIZIONE NELLA PROFESSIONE AL MOMENTO DELL'INGRESSO:

- ☐ 1) Non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito – CASALINGA (che ha svolto un lavoro retribuito)
☐ 2) Non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito – PENSIONATO (che ha lavorato)
☐ 3) Non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito – INVALIDO/INABILE (anche se pensionato)
☐ 4) Non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito – DISOCCUPATO
☐ 5) Non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito – ALTRO
☐ 6) Non ha MAI svolto lavoro retribuito – CASALINGA (che non ha mai svolto lavoro retribuito, anche se con pensione)
☐ 7) Non ha MAI svolto lavoro retribuito – INVALIDO/INABILE (che non ha mai svolto lavoro retribuito)
☐ 8) Non ha MAI svolto lavoro retribuito – ALTRO

PROFESSIONE PREVALENTE: _____**PROFESSIONE ALL'INGRESSO IN STRUTTURA:** _____

- SITUAZIONE PENSIONISTICA:**
- ☐ 1) Nessuna pensione
☐ 2) Anzianità/Vecchiaia
☐ 3) Sociale
☐ 4) Due o più tipologie di pensione
☐ 5) Tipologia speciale (guerra-infortunio sul lavoro)
☐ 6) Reversibilità
☐ 7) Invalidità

- TITOLO DI STUDIO:**
- ☐ ANALFABETA
☐ ELEMENTARE
☐ MEDIE INFERIORI
☐ SUPERIORE
☐ UNIVERSITA'

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 domiciliare integrata): ☐ SI ☐ NO

SOGGETTO CON MISURA DI TUTELA GIURIDICA: ☐ SI (☐ tutore ☐ curatore ☐ amministratore di sostegno) **E**
COMPILARE QUADRO NELLA PAGINA SUCCESSIVA
☐ NO

SI IMPEGNA:

- 1) Ad entrare in Casa di Riposo entro 2 giorni dalla comunicata disponibilità del posto letto. L'eventuale rinuncia comporta lo spostamento della domanda in coda alla lista di attesa;
- 2) Al pagamento della retta mensile, secondo le indicazioni specifiche contenute nel contratto di assistenza socio sanitaria di ogni singola struttura;
- 3) 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 del richiedente

QUADRO DA COMPILARSI IN PRESENZA DI MISURE DI PROTEZIONE GIURIDICA

In caso di impossibilità alla firma da parte del richiedente 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 familiare può temporaneamente (in attesa di 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 per ragioni connesse allo stato di salute chiede l'ammissione in RSA 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. Regolamento interno parenti ed Ospiti
2. Regolamento delle rette
3. Corredo d'ingresso
4. Informativa e consenso informato al trattamento dei dati personali
5. Modulo per raccolta dati sanitari

Documenti necessari al completamento della domanda:

- Codice fiscale;
- Carta d'identità;
- Tessera sanitaria ed eventuale tessera di esenzione;
- Eventuale verbale di invalidità;
- 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;

SPAZIO PER L'AMMINISTRAZIONE

➤ Data di presentazione della domanda: ____/____/____

ESPRIME PARERE: Favorevole ☐ Con Riserva ☐ Non Favorevole ☐

N° di Protocollo
Per l'ufficio di segreteria

1. REGOLAMENTO INTERNO PER OSPITI E PARENTI

2. AMMISSIONE

- 2.1. Possono essere accettati, a giudizio insindacabile della Direzione, tutti i cittadini che inoltreranno debita domanda per iscritto indirizzata all'amministrazione dell'RSA, che abbiano documentate necessità a valenza socio assistenziale e/o sanitaria;
- 2.2. L'ingresso dell'Ospite in RSA avviene solo nei giorni feriali (no sabato e festivi) e preferibilmente dalle 9.00 alle 11.00;
- 2.3. Verrà data precedenza nell'accettazione della suddetta domanda, ai cittadini residenti nei comuni in cui sono ubicate le RSA.
- 2.4. All'atto della presentazione della domanda, deve essere esibito il certificato del Medico Curante (allegato n°2) che indichi lo stato clinico generale del futuro Ospite, unitamente alla scheda compilata dal familiare o dallo stesso futuro Ospite, con l'assistente sociale (se utente di SAD o ADI) (allegato n°1);
- 2.5. Il giorno dell'ingresso dell'Ospite deve essere esibito certificato del Medico Curante che attesti l'esenzione da malattie infettive e/o contagiose e, pertanto, l'idoneità alla vita di comunità;
- 2.6. Qualora decorressero più di 6 mesi dalla presentazione della domanda al momento della disponibilità di posto per l'ingresso, sarà facoltà della Direzione Sanitaria richiedere un'ulteriore certificazione del Medico Curante che aggiorni la precedente sulla anamnesi sanitaria del futuro Ospite;
- 2.7. Gli Ospiti devono portare con sé abiti, scarpe ed indumenti personali come delineato nel corredo d'ingresso (allegato 4°);
- 2.8. Gli Ospiti possono portare con sé oggetti personali (piccoli soprammobili, etc.) purché non siano, ad esclusivo giudizio della Direzione, incompatibili con le norme di sicurezza vigenti e con le caratteristiche dell'ambiente. Non è invece consentita la collocazione, nelle camere assegnate, di mobili di qualsiasi natura. L'uso di apparecchi radiotelevisivi e telefonici portatili può essere consentito previa autorizzazione dell'Ente e sentito il parere dei/delle compagni/e di stanza o dei loro parenti;
- 2.9. La riparazione eventuale di soprammobili di proprietà ed il rinnovo degli indumenti personali sono a carico dell'Ospite. Qualora l'Ospite decedesse saranno salvi i diritti successori;
- 2.10. L'individuazione e l'assegnazione del posto letto è di competenza della Direzione Sanitaria. A quest'ultima compete altresì lo spostamento dell'Ospite in altro reparto, stanza, letto, secondo le necessità terapeutiche, assistenziali, di socializzazione e logistiche. Tale decisione viene comunque anticipatamente comunicata all'Ospite e, dove possibile e necessario, anche ai familiari in modo da nuocere il meno possibile all'equilibrio psicofisico dell'Ospite;

3. OBBLIGHI DEGLI OSPITI

L'Ospite è tenuto:

- 3.1. ad osservare le regole di igiene dell'ambiente;
- 3.2. a mantenere in buono stato l'alloggio, i servizi, gli arredi e le apparecchiature della stanza;
- 3.3. a segnalare eventuali guasti agli impianti, evitando la manomissione degli stessi senza autorizzazione;
- 3.4. a consentire al Personale di Servizio ed a qualsiasi altra persona incaricata dall'Ente, di entrare nell'alloggio per provvedere a pulizie, controlli, riparazioni ed altri interventi;
- 2.5. a non stendere alle finestre e sui balconi o sui termosifoni capi di biancheria;
- 2.6. a non tenere oggetti sulle finestre;
- 2.7. a non usare oggetti rumorosi che possono recare disturbo agli altri Ospiti;
- 2.8. a non fissare chiodi nelle pareti senza autorizzazione;
- 2.9. a non fumare, salvo che in locali dove sia espressamente consentito e comunque mai in camera da letto;
- 2.10. a risarcire all'Ente i danni arrecati a persone e/o cose per propria incuria o trascuratezza. In ogni caso, per l'inosservanza di una o più delle suddette disposizioni, tale obbligo si intende automaticamente esteso ai familiari dell'Ospite.

4. RAPPORTI DEGLI OSPITI CON IL PERSONALE DI SERVIZIO

- 3.1. I rapporti tra gli Ospiti ed il Personale di Servizio devono essere improntati a reciproco rispetto, cortesia e comprensione. L'Ospite non può pretendere dal Personale alcuna prestazione non prevista dal normale programma di servizio e non deve fare pressioni sul Personale stesso, in nessun modo ed in nessuna forma, per ottenere un trattamento di favore. L'Ospite, o chi per esso, deve segnalare qualsiasi inadempienza nei servizi, maltrattamenti ed offese da parte del Personale, rivolgendosi direttamente al Direttore Sanitario, alla Direzione dell'Ente.

5. RAPPORTI TRA GLI OSPITI ED I LORO FAMILIARI

- 5.1. I familiari degli Ospiti della RSA sono invitati a visitare periodicamente il loro parente, affinché non si interrompa la normale continuità affettiva. Il rientro in famiglia è possibile e può essere temporaneo o definitivo in caso di condizioni generali favorevoli.

6. SERVIZIO MENSA

- 6.1. La RSA fornisce agli Ospiti i pasti che devono essere consumati nei luoghi e negli orari fissati dalla Direzione (colazione ore 8.30, pranzo ore 11.45, cena ore 17.45);
- 6.2. Il menù giornaliero è uguale per tutti. Eccezioni vengono fatte per coloro che necessitano di particolari regimi dietetici, dietro esplicita indicazione scritta del Direttore Sanitario;
- 6.3. Previa autorizzazione della Direzione Sanitaria è possibile la presenza di un parente, o persona di sua fiducia, durante i pasti.

ORARIO DELLE USCITE E DELLE ENTRATE

- 6.4. Gli Ospiti che si trovano nelle condizioni fisiche idonee, possono uscire dalla RSA, nel periodo Estivo (aprile-settembre) dalle ore 9.00 alle ore 20.00, nel periodo Invernale (ottobre-marzo) dalle ore 9.00 alle ore 18.00 previa compilazione dell'apposito modulo presso l'infermiera o la Direzione. Se intendono rimanere fuori ai pasti devono preventivamente avvertire l'Infermiere Professionale in turno, comunicando dove intendono recarsi lasciando un recapito telefonico;
- 6.2.1 Si solleva da ogni e qualsiasi responsabilità la Direzione e l'Amministrazione dell'Ente qualora l'Ospite si allontani dalla RSA senza avere avvisato la Direzione, e qualora accadano all'Ospite incidenti di qualsiasi natura fuori dalla RSA che lo ospita;

7. ORARI DELLE VISITE

- 7.1. Gli ospiti possono ricevere ed intrattenere parenti ed amici tutti i giorni, rispettando i seguenti orari:
- negli spazi comunitari (soggiorni) dalle ore 9.30 alle ore 12.00 e dalle ore 14.00 alle ore 18.00.
 - nei reparti e nelle stanze dalle ore 9.30 alle 11.30 e dalle 15.00 alle 17.30;
- 7.2. Per casi particolari possono essere concesse deroghe agli orari anzidetti da parte della Direzione Sanitaria;

8. DIMISSIONI

- 8.1. Viene dimesso d'autorità col preavviso di almeno 5 giorni l'Ospite il cui comportamento sia in palese contrasto con le presenti disposizioni e che dopo una degenza di 15 giorni sia incompatibile con il buon andamento della comunità;
- 8.2. L'Ospite viene dimesso d'autorità anche in caso di malattia, che a giudizio insindacabile della Direzione Sanitaria, non sia curabile presso la RSA. Viene dato all'Ospite il suddetto preavviso di 5 giorni prima se la natura della malattia lo consente, diversamente viene dimesso non appena la malattia insorge;
- 8.3. L'Ospite che intende abbandonare la RSA deve darne preavviso almeno 15 giorni prima e se non osserva tale obbligo, l'Ente non è tenuto a rimborsare il rateo della mensilità, della retta anticipata e la cauzione intera.

9. VARIE

- 9.1. La Direzione non risponde per le cose di proprietà dell'Ospite, che non siano state denunciate all'ingresso in RSA dallo stesso;
- 9.2. Per le somme di denaro o altri valori, a giudizio dell'interessato, possono essere consegnati alla Direzione per la custodia, escludendo comunque qualsiasi responsabilità in tutti gli altri casi;
- 9.3. E' salva in ogni caso la facoltà del Consiglio di Amministrazione dell'Ente di apportare in ogni momento modifiche al presente regolamento;
- 9.4. Il presente regolamento viene consegnato in copia a ciascun Ospite all'atto della presentazione della domanda;
- 9.5. All'Ente è riservata la facoltà di provvedere a tutte le emergenze non contemplate nel presente regolamento;
- 9.6. Per tutto ciò che non è espressamente contemplato nel presente regolamento si fa riferimento alla Legislazione Nazionale e Regionale vigente in materia.

Letto e sottoscritto: IL RICHIEDENTE: _____

2. REGOLAMENTO DELLE RETTE

1. RETTE

Le rette di ricovero vengono stabilite dal Consiglio di Amministrazione all'atto della deliberazione del Bilancio di Previsione di ogni Esercizio e possono subire variazioni in aumento o diminuzione, al verificarsi di diverse condizioni economiche e finanziarie nel corso dell'Esercizio finanziario di competenza.

Le rette sono definite a copertura di tutte le spese alberghiere, assistenziali e sanitarie che la RSA sostiene per l'Ospite. Vengono escluse le spese per indumenti ed eventuali trasporti in ambulanza

Le rette sono stabilite in misura giornaliera e vengono corrisposte mensilmente in via anticipata, entro il giorno 10 del mese cui si riferiscono.

La retta decorre, indipendentemente dalla presenza dell'Ospite, dalla data di disponibilità del posto letto comunicata dall'Amministrazione al parente di riferimento. In ogni caso, decorsi 15 giorni dall'autorizzazione al ricovero, senza che il medesimo abbia luogo, decade automaticamente il diritto a mantenere il posto letto, fatta salva l'eccezione del ricovero ospedaliero.

Ogni struttura applica le rette correnti ed aggiornate all'anno di riferimento, all'atto della presentazione del presente documento riceverà il regolamento interno delle tre strutture con l'ammontare della retta mensile. La retta può essere diversa da struttura a struttura, e può variare nel corso dell'anno. Ogni variazione verrà tempestivamente comunicata.

RSA SABBIO CHIESE ANNO 2026		
CATEGORIA OSPITI	RETTA GIORNALIERA	RETTA MENSILE
RETTA POSTI SOLLIEVO RSA	€ 73,00 residenti Sabbio Chiese € 75,00 non residenti Sabbio Chiese Dal 5° mese di permanenza: € 63,00 residenti Sabbio Chiese € 66,00 non residenti	
RETTA RSA	€ 54,00 per residenti Sabbio Chiese € 56,00 non residenti	€ 1.620,00 residenti € 1.680,00 non residenti
MINI ALLOGGI PROTETTI	A due posti letto residente € 43,00 A due posti letto NON residente € 44,00 Ad un posto letto Residente € 48,00 A due posti letto NON residente € 49,00	€ 1.290,00 € 1.320,00 € 1.440,00 € 1.470,00
CENTRO DIURNO INTEGRATO	€ 27,00	
RSA I.R. FALCK - VOBARNO		
CATEGORIA OSPITI	RETTA GIORNALIERA Euro	RETTA MENSILE Euro
RSA	€ 55,00 doppia - € 60,00 singola per residenti Vobarno € 59,00 doppia - € 65,00 singola per non residenti	
RSA NON ACCREDITATA	€ 85,00	
CENTRO DIURNO INTEGRATO	SENZA TRASP. € 28,00	
	CON TRASPORTO € 33,00	
RSA ODOLO		
CATEGORIA OSPITI	RETTA GIORNALIERA	RETTA MENSILE
RSA	€ 55,00 residenti € 59,00 non residenti	
	€ 75,00 non accreditati stanza doppia € 85,00 non accreditati stanza singola	

2. CORREDO D'INGRESSO

Al momento dell'ingresso l'Ospite dovrà avere necessariamente con sé i sottoelencati effetti personali Sarà cura del servizio di lavanderia/stireria apporre le etichette con nome e cognome.

INDUMENTI	N° DI CAPI
CAMICIE DA NOTTE OPPURE PIGIAMA IN MAGLINA DI COTONE	6 CAPI
MAGLIETTE DI COTONE	10 CAPI
VESTITI	5 CAPI
TUTE DA GINNASTICA (con tasche) IN MAGLINA DI COTONE	3 CAPI
MUTANDE	12 CAPI
CALZE	6 PAIA
FAZZOLETTI	6 CAPI
ASCIUGAMANI GRANDI Di spugna bianca	3 CAPI
ASCIUGAMANI PICCOLI Di spugna bianca	3 CAPI
PANTOFOLE CHIUSE	1 PAIO
SANDALO PER L'ESTATE (chiedere alla fisioterapista per il modello più idoneo)	1 PAIO
CAPPOTTO O GIACCONE	1 CAPO

ACCESSORI	N° DI PEZZI
SPAZZOLINO DA DENTI	1 PEZZO
DENTIFRICIO (oppure contenitore per protesi)	1 PEZZO
PETTINE	1 PEZZO
SPAZZOLA	1 PEZZO
ACQUA DI COLONIA	1 CONF.
RASOIO ELETTRICO	1 PEZZO
FORBICINO E/O TRONCHESINO PER UNGHIE	1 PEZZO
ASCIUGACAPELLI	1 PEZZO

In casi particolari può essere richiesto nel corredo l'uso di un pigiama a pezzo unico (pigiamaone) con zip centrale posteriore per Ospiti con problemi cognitivi e comportamentali notturni

Indicazioni circa i capi di abbigliamento

I tessuti degli indumenti devono essere adatti per il lavaggio ad acqua con temperature **non inferiori ai 40°** e per essere asciugati nell'essicatoio.

I parenti devono provvedere al cambio stagionale, al riassortimento in caso di usura ed alle piccole riparazioni.

Nel caso di carenze di abbigliamento non prontamente integrate, la struttura si assume l'incarico di provvedere e, successivamente, di rivalersi economicamente sui familiari.

INFORMATIVA PRIVACY

Gli articoli 12, 13 e 14 del Regolamento Europeo Privacy EU/2016/679 impongono al titolare del trattamento di fornire all'interessato, mediante la predisposizione di una idonea informativa privacy, tutte le informazioni necessarie a fargli comprendere come saranno trattati i suoi dati personali.

Il titolare del trattamento deve fornire la informativa privacy all'interessato, per iscritto o con altri mezzi anche elettronici, quali la pubblicazione della informativa privacy sul sito web aziendale.

Qualora i dati personali vengano raccolti presso l'interessato, l'articolo 13 del Regolamento Europeo Privacy impone al titolare del trattamento di fornire all'interessato, prima all'inizio del trattamento, le seguenti informazioni tramite la informativa privacy:

Estremi identificativi e di contatto del Titolare del Trattamento:

RSA: Casa di Riposo "B. Bertella"

Telefono: 036585170

Dati di contatto del Responsabile protezione dati:

rpd@cmvs.it

Finalità, motivazioni giuridiche e modalità del trattamento

Assistenza socio sanitaria, normata dalla Regione Lombardia, con DGR 2569/2014 in particolare ai punti 2.2.5.d Documentazione Sociosanitaria, 2.2.6 Sistema informativo e s.m.e.i. Il trattamento avviene in forma mista (cartacea e informatizzata).

Legittimi interessi perseguiti dal titolare del trattamento o da terzi

Il Titolare svolge legittimamente l'attività per la quale è autorizzato, ovvero RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale). Il trattamento dei dati è finalizzato alla assistenza sociosanitaria dell'interessato e all'assolvimento del debito informativo dovuto alla Regione Lombardia ed alla ATS competente.

Destinatari o categorie di destinatari ai quali i dati personali possono essere comunicati

I suoi dati personali possono essere comunicati all'interno dell'Ente e quelle aziende che operano sull'ospite sia per l'assistenza che per la ristorazione (in caso di diete speciali va specificato il tipo di problema). All'esterno i dati vengono comunicati agli organi di controllo (ATS e Regione Lombardia, Agenzia delle Entrate per il 730 precompilato, ISTAT in modo aggregato e anonimo)

Periodo di conservazione dei dati personali o criteri utilizzati per determinare tale periodo

La conservazione dei dati sanitari è sottoposta alle leggi dello Stato in materia. Allo stato attuale la conservazione è illimitata.

I dati di diversa natura, fatti salvi gli eventuali obblighi di legge, verranno conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati.

Esistenza dei diritti di accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione e portabilità

L'interessato può accedere in qualsiasi momento ai suoi dati, chiederne la rettifica qualora non corretti, richiedere la cancellazione di dati sovrabbondanti ma non di quelli richiesti per Legge al Titolare, può limitare l'accesso dei dati ad alcune figure se questo non ha ricadute sulle sue cure, non può opporsi al trattamento perché i dati sanitari acquisiti hanno conservazione illimitata. La portabilità dei dati non è possibile per lo stesso motivo. L'interessato può invece richiedere copia dei dati per portarli con sé o trasferirli ad altro Titolare.

Esistenza del diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento

L'interessato può revocare il consenso in qualsiasi momento, assumendosene le ricadute (dimissione), fermo restando l'obbligo per il Titolare di continuare a detenere illimitatamente i dati sanitari a norma di Legge, anche per futuri controlli degli organi preposti. A tal fine i documenti informatizzati originali e firmati digitalmente sono archiviati a norma di legge presso azienda terza che procede alla archiviazione sostitutiva, disponibile anche ai fini legali. Gli estremi di tale azienda possono essere richiesti in amministrazione.

Diritto di poter proporre un reclamo a un'autorità di controllo privacy

L'autorità alla quale rivolgere eventuale reclamo è il Garante per la protezione dei dati personali, www.garanteprivacy.it

Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento, conseguenze di eventuale rifiuto

Il conferimento dei dati è obbligatorio data la natura del rapporto di cura che si instaura fra interessato e Titolare.

Se l'interessato si rifiuta di fornire i dati richiesti prima del ricovero, questo non potrà avvenire, mentre se questo accade durante il ricovero, il rapporto dovrà necessariamente terminare.

Esistenza di attività di profilazione o di processi decisionali automatizzati, logica utilizzata e conseguenze per l'interessato

Le attività di profilazione sull'utente sono disposte dalla Regione Lombardia per inquadrare la tariffa sanitaria da riconoscere al Titolare, inquadrando gli ospiti in "Classi SOSIA". Il Titolare utilizza criteri simili per stabilire la retta di soggiorno degli ospiti. Eventuali processi decisionali informatizzati derivanti sul suo stato di salute possono essere utilizzati dal personale sanitario e possono avere incidenza sul versante economico se queste modificano la Classe/profilazione.

RICEVUTA DELL'INFORMATIVA

Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa

In qualità di

- ☐ Richiedente
- ☐ Amministratore di sostegno
- ☐ Parente di riferimento

Firma _____

CONSENSO PER LA COMUNICAZIONE AD ALTRE STRUTTURE

Il sottoscritto chiede che i dati inseriti nel presente modulo vengano trasmessi, anche in formato elettronico, alle seguenti RSA:

- ☐ RSA Soggiorno Sereno E.E. Pasini – Odolo
- ☐ RSA Fondazione I.R. Falck – Vobarno

Che li potranno utilizzare per me medesime finalità per i quali sono stati raccolti

Firma _____

RACCOLTA ANAMNESTICA (DATI A CURA DEL MEDICO CURANTE)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ Il _____ Esenzioni _____

ANAMNESI SANITARIA Profilo diagnostico e terapeutico

SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLO STATO DI SALUTE PSICO-FISICA

PATOLOGIE IN ATTO (Cumulative Illness Rating Scale – CIRS – Parmalee et al., 1995)

- ① **assente:** nessuna compromissione di organo/sistema;
 ② **lieve:** la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no. La prognosi è eccellente (ad es. abrasioni cutanee, ernie, emorroidi);
 ③ **moderato:** la compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può essere buona (ad es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco);
 ④ **grave:** la compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (ad es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco);
 ⑤ **molto grave:** la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (ad es. infarto del miocardio, stroke, embolia),

1) Cardiaca (solo cuore)

diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤

2) Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)

diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤

3) Vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)

diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤

4) Respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)

diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤

5) O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)

diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤

6) Apparato G.I. Superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)

diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤

7) Apparato G.I. Inferiore (intestino, ernie)

diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤

8) Epatiche (solo fegato)

diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤

9) Renali (solo rene)

diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤

10) Altre Patologie Genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)

diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤

11) Sistema Muscolo-Scheletro-Cute (muscolo, scheletro, tegumenti)

diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤

12) Sistema Nervoso Centrale e Periferico (non include la demenza)

diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤

13) Endocrine- Metaboliche (include diabete, infezioni e stati tossici)

diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤

14) Psichiatrico- comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)

diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤

15) Altre diagnosi non sopra specificate: _____

- Diabete Mellito: ☐ SI ☐ NO terapia insulinica: ☐ SI ☐ NO Altro _____

- Allergie: _____ Patologie oncologiche: _____

- Patologie ematologiche: _____

- Positività sierologiche: ☐ VDRL ☐ HCV ☐ HBV ☐ TBC ☐ HIV

- Sindrome da allettamento: ☐ SI ☐ NO se SI da quanto tempo: _____

- Lesioni da decubito: ☐ SI ☐ NO sede delle lesioni: _____

stadio delle lesioni: ☐ superficiali (stadio I° e II°)
☐ profonde (stadio III°)
☐ profonde e necrotiche (stadio IV°)

- Altro: _____

PROFILI DI GRAVITA'

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| • Lesioni da decubito | SI ☐ | NO ☐ |
| • Catetere urinario permanente | SI ☐ | NO ☐ |
| • Cadute negli ultimi tre mesi (anche senza conseguenze) | SI ☐ | NO ☐ |
| • Numero cadute _____ | | |
| • Contenzione fisica permanente | SI ☐ | NO ☐ |
| • Etilismo attivo | SI ☐ | NO ☐ |
| • Disinibizione | SI ☐ | NO ☐ |
| • Irritabilità | SI ☐ | NO ☐ |
| • Aggressività | SI ☐ | NO ☐ |
| • Depressione attiva | SI ☐ | NO ☐ |
| • Tentati suicidio recenti | SI ☐ | NO ☐ |
| • Tentati suicidio pregressi | SI ☐ | NO ☐ |

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 ☐ dipendente 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 e 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 corsetti 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, etc.
- 4 ☐ riesce a spingersi per distanze ragionevoli in ambienti consueti, necessaria assistenza per tratti difficili

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 supervisione – 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 ☐ appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel 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.

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO (farmaco e posologia)

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

Lì, _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE