

FONDAZIONE indicata dai parenti

Al fine di accettare la domanda di ammissione il Parente di Riferimento o il futuro Ospite (se lo stesso ha presentato domanda) dichiara:

- 1) di impegnarsi personalmente al pagamento della retta mensile, secondo le indicazioni specifiche contenute nel regolamento di ogni singola struttura.
- 2) di essere a conoscenza e di accettare senza eccezione o riserva, il regolamento dell'Ente ed in particolare:
 - a) di sottoporre a visita medica specialistica il futuro Ospite, qualora il Direttore Sanitario dell'Ente lo ritenga necessario;
 - b) di sollevare 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;
 - c) di essere a conoscenza che l'eventuale accoglimento definitivo è subordinato ad un periodo di osservazione della durata di 1 mese durante il quale verrà verificata la compatibilità dell'Ospite con la struttura. In caso negativo, l'Ente ha facoltà di dimettere l'Ospite;
 - d) di essere a conoscenza che anche dopo il periodo di osservazione, laddove sussistessero incompatibilità per l'Ospite alla vita comunitaria o per morosità nei pagamenti, l'Ente ha facoltà di dimettere l'Ospite con preavviso di 15 giorni;
 - e) di provvedere personalmente, o a mezzo dei propri incaricati, a riaccogliere l'Ospite in ogni caso di fine del rapporto instaurato con la RSA. Quanto sopra, sia nel caso di dimissione volontaria che di dimissione disposta ai sensi del regolamento, fermo restando l'impegno di pagamento fintanto che l'Ospite rimarrà presso la RSA;
 - f) di impegnarsi ad accompagnare l'Ospite presso la RSA in caso di accettazione della presente domanda, dotandolo degli effetti personali contrassegnati e meglio specificati nel Prospetto Informativo. Il corredo dovrà essere integrato di volta in volta su richiesta della RSA;
 - g) di accettare incondizionatamente qualsiasi spostamento di reparto o di letto motivato dall'Ente;
 - h) di rendersi prioritariamente disponibile ad accompagnare l'Ospite, qualora lo stesso debba sottoporsi a visite, ricoveri ospedalieri, etc, ovvero delegare persona di sua fiducia;
 - i) di prendere atto che la determinazione della retta, avverrà in base alla classificazione regionale attualmente in vigore, fatta salva la possibilità dell'Ente di variare la retta durante la degenza qualora sopravvenisse un peggioramento delle condizioni di salute e previa comunicazione della variazione;
 - j) di impegnarsi, in caso di accettazione della presente domanda, a fornire la seguente documentazione:

Documenti necessari al completamento della domanda:

Stato di famiglia
Certificato di residenza (**per i residenti di Vobarno devono esserlo da almeno 5 anni**)
Codice fiscale;
Carta d'identità;
Tessera sanitaria ed eventuale tessera di esenzione;
Eventuale verbale di invalidità;
Documentazione sanitaria disponibile;
Certificazione del Medico Curante che attesti l'idoneità alla vita di comunità
N° 2 Fototessera

Data: ___ / ___ / ___

IL FUTURO OSPITE (se lo stesso ha presentato domanda)
(per accettazione)

PARENTE/I DI RIFERIMENTO
(per accettazione)

SPAZIO PER L'AMMINISTRAZIONE

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

Vista la domanda prodotta dal Parente di Riferimento tendente ad ottenere il ricovero in FONDAZIONE del/la

Sig./Sig.ra _____ nato/a il ____ / ____ / ____ a _____

e residente a _____

ESPRIME PARERE: Favorevole Con Riserva Non Favorevole

CLASSE SOSIA: _____

N° di Protocollo
Per l'ufficio di segreteria

REGOLAMENTO INTERNO PER OSPITI E PARENTI

1. AMMISSIONE

- 1.1. 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;
- 1.2. L'ingresso dell'Ospite in RSA avviene solo nei giorni feriali (no sabato e festivi) e nelle seguenti fasce orarie: dalle 9.00 alle 11.00 e dalle 14.30 alle 16.00;
- 1.3. Verrà data precedenza nell'accettazione della suddetta domanda, ai cittadini residenti nei comuni in cui sono ubicate le RSA.
- 1.4. La presente richiesta di ammissione deve essere corredata da tutti i n° 6 Allegati alla presente richiesta.
- 1.5. 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;
- 1.6. 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;
- 1.7. Gli Ospiti devono portare con sé abiti, scarpe ed indumenti personali come delineato nel corredo d'ingresso;
- 1.8. 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;
- 1.9. 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 successorii;
- 1.10. 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;

2. OBBLIGHI DEGLI OSPITI E DEI LORO FAMILIARI

Gli Ospiti e i loro familiari sono tenuti:

- 2.1. ad osservare le regole di igiene dell'ambiente;
- 2.2. a mantenere in buono stato le camere e gli ambienti comuni, i servizi, gli arredi e le apparecchiature;
- 2.3. a segnalare eventuali guasti agli impianti, evitando la manomissione degli stessi senza autorizzazione;
- 2.4. a non ostacolare il Personale di Servizio e qualsiasi altra persona incaricata dall'Ente durante le operazioni di pulizia, controllo, riparazione 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.

3. RAPPORTI DEGLI OSPITI E DEI FAMILIARI CON IL PERSONALE DI SERVIZIO

- 3.1. I rapporti con il Personale di Servizio devono essere improntati a reciproco rispetto, cortesia e comprensione. L'Ospite o i suoi familiari non possono pretendere dal Personale alcuna prestazione non prevista dal normale programma di servizio e non devono 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 inadempimento nei servizi, maltrattamenti ed offese da parte del Personale, rivolgendosi direttamente al Direttore Sanitario e alla Direzione dell'Ente.

4. RAPPORTI TRA GLI OSPITI ED I LORO FAMILIARI

- 4.1. I familiari degli Ospiti della RSA di Vobarno 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 previa compilazione dell'apposito modulo denominato Permesso di Uscita reperibile presso l'ufficio infermieristico della struttura.

5. SERVIZIO MENSA

- 5.1. La FONDAZIONE fornisce agli Ospiti i pasti che devono essere consumati nei luoghi e negli orari fissati dalla Direzione (colazione ore 8.30, pranzo ore 12.00, cena ore 18.00);
- 5.2. 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;
- 5.3. E' consentito all'Ospite, richiedendolo per tempo alla Direzione, compatibilmente con le necessità di spazio ed a pagamento, invitare ed intrattenere a pranzo e a cena qualsiasi visitatore;
- 5.4. Previa autorizzazione della Direzione Sanitaria è possibile la presenza di un parente, o persona di sua fiducia, durante i pasti.

6. ORARIO DELLE USCITE E DELLE ENTRATE

- 6.1. Gli Ospiti che si trovano nelle condizioni fisiche idonee, possono uscire tutti i giorni dalla FONDAZIONE, compilando un apposito modulo denominato Permesso di Uscita, reperibile presso l'ufficio infermieristico della struttura;
- 6.2. Gli Ospiti che per ragioni personali intendessero assentarsi dalla RSA per più giorni devono notificare per iscritto la presumibile durata dell'assenza ed il loro indirizzo;
- 6.3.1 Si solleva da ogni e qualsiasi responsabilità la Direzione e l'Amministrazione dell'Ente qualora l'Ospite si allontani dalla FONDAZIONE senza avere avvisato la Direzione, e qualora accadano all'Ospite incidenti di qualsiasi natura fuori dalla FONDAZIONE 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 dedicati agli incontri con i familiari dalle ore 8.00 alle ore 20.00
 - nei reparti e nelle stanze dalle ore 10.00 alle 11.00 e dalle 15.00 alle 17.00;
- 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 FONDAZIONE. 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 FONDAZIONE 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 FONDAZIONE 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 FUTURO OSPITE (se lo stesso ha presentato domanda) _____

IL PARENTE DI RIFERIMENTO _____

REGOLAMENTO DELLE RETTE

1. REGOLAMENTO 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 FONDAZIONE sostiene per l'Ospite. Vengono escluse le spese per indumenti, per prestazioni straordinarie non routinarie della FONDAZIONE (servizio di pedicure, manicure, parrucchiera, barbiere, etc), 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. Fa eccezione il Centro Diurno Integrato il cui pagamento è richiesto entro il giorno 10 del mese successivo.

È possibile prenotare, bloccando il posto letto, con il pagamento della retta giornaliera che verrà addebitata dalla comunicazione telefonica di disponibilità del posto letto sino al momento dell'ingresso dell'ospite da cui decorre la retta effettiva. La prenotazione va comunque pagata anche in caso di rinuncia del posto letto, in tal caso verrà addebitato l'ulteriore importo di € 100,00 per spese istruttorie. In ogni caso, decorsi 10 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.

L'ufficio segreteria della Fondazione è a disposizione per qualsiasi ulteriore informazione.

2. DEPOSITO CAUZIONALE

Al momento dell'ingresso in RSA i parenti devono versare un deposito cauzionale (infruttifero) pari ad € 1.500,00. Tale cauzione verrà restituita, senza interessi, al momento delle dimissioni o del decesso dell'Ospite.

3. IMPORTO RETTE

FONDAZIONE I.R. FALCK

CATEGORIA OSPITI	RETTA GIORNALIERA Euro
RSA	Camera doppia € 55,00 per residenti nel Comune di Vobarno da almeno 5 anni Camera singola € 60,00 per residenti nel Comune di Vobarno da almeno 5 anni in vigore dal 01/01/2023 Camera doppia € 59,00 per non residenti Camera singola € 65,00 per non residenti in vigore dal 01/01/2023
RSA NON A CONTRATTO	€ 80,00 primo semestre € 70,00 dal secondo semestre
MINI ALLOGGI PROTETTI	€ 55,00 per residenti nel Comune di Vobarno da almeno 5 anni € 59,00 per non residenti
CENTRO DIURNO INTEGRATO	SENZA TRASPORTO € 28,00
	CON TRASPORTO € 33,00

Allegato n°3

CORREDO D'INGRESSO

Al momento dell'ingresso l'Ospite dovrà avere necessariamente con sé i sottoelencati effetti personali che verranno successivamente contrassegnati con la fettuccia nominativa dell'Ospite a cura del nostro servizio di lavanderia e stireria.

INDUMENTI	N° DI CAPI	ACCESSORI	N° DI PEZZI
CAMICIE DA NOTTE OPPURE PIGIAMA IN MAGLINA DI COTONE	6 CAPI	SPAZZOLINO DA DENTI	1 PEZZO
MAGLIETTE DI COTONE (possibilmente con zip anteriore)	10 CAPI	DENTIFRICIO (oppure contenitore per protesi)	1 PEZZO
VESTITI	5 CAPI	PETTINE	1 PEZZO
TUTE DA GINNASTICA (con tasche) IN MAGLINA DI COTONE	3 CAPI	SPAZZOLA	1 PEZZO
MUTANDE	12 CAPI	ACQUA DI COLONIA	1 CONF.
CALZE	6 PAIA	RASOIO ELETTRICO	1 PEZZO
FAZZOLETTI	6 CAPI	FORBICINO E/O TRONCHESINO PER UNGHIE	1 PEZZO
ASCIUGAMANI GRANDI Di spugna bianca	3 CAPI	ASCIUGACAPELLI	1 PEZZO
ASCIUGAMANI PICCOLI Di spugna bianca	3 CAPI		
CIABATTE	1 PAIO		
SCARPE CHIUSE PER L'INVERNO (chiedere alla fisioterapista per il modello più idoneo)	1 PAIO		
SCARPE CHIUSE PER L'ESTATE (chiedere alla fisioterapista per il modello più idoneo)	1 PAIO		
CAPPOTTO O GIACCONE	1 CAPO		

In casi particolari può essere richiesto nel corredo l'uso di un pigiama a pezzo unico (pigiamone) 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'essiccatoio.

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 richiederne il rimborso. La Fondazione non risponde sia per danneggiamento dei capi a seguito di non idoneità degli stessi al lavaggio e all'asciugatura ad alte temperature.

INFORMATIVA ART 13 REGOLAMENTO UE 679/2016

La scrivente FONDAZIONE IRENE RUBINI FALCK ONLUS titolare dei trattamenti fornisce la presente informativa ai sensi dell'ex articolo 13 del Dlgs 196/2003 e dell'art.13 del Regolamento UE 679/16, (d'ora in poi GDPR) per i trattamenti dei dati del personale dipendente e dei collaboratori assimilati.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO – RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Il titolare dei trattamenti è FONDAZIONE IRENE RUBINI FALCK ONLUS Part. IVA 00726650989 Cod. Fisc. 87002670179 e potrà essere contattato ai seguenti indirizzi: Sede legale: Via Irene Rubini Falck, 5; 25079 Vobarno (BS); E-Mail: segreteria@fondazionefalck.it

Responsabile della protezione dei dati (RDP/DPO)

Il responsabile della protezione dei dati può essere contattato all'indirizzo email privacy@fondazionefalck.it o al numero di telefono 030 3774422 o scrivendo a "CONAST SOCIETA' COOPERATIVA -, Responsabile protezione dei dati, in Via Diaz, 17 - 25121 Brescia".

FINALITÀ DEL TRATTAMENTO E BASE GIURIDICA

I dati personali raccolti, o che sarà necessario richiedere durante il servizio, o che si formeranno durante il servizio, sono necessari al perseguimento delle seguenti finalità:

1. inserimento nelle liste di attesa;
2. valutazione anche clinico da parte dello staff dedicato delle condizioni dell'ospite in fase di inserimento;

Il trattamento di dati personali, anche particolari previsti dall'articolo 9 comma 1 (*dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché trattare dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona*) verrà effettuato solamente su espresso consenso degli interessati.

FONDAZIONE IRENE RUBINI FALCK ONLUS garantisce la presenza di garanzie appropriate per i diritti fondamentali e gli interessi dell'interessato.

COMUNICAZIONI

Per il conseguimento delle finalità di cui al punto b, i dati personali generali e particolari dell'Ospite sono trattati dal personale appositamente incaricato, che opera sotto il controllo del titolare e dei responsabili, e potranno essere trasmessi per i medesimi obblighi a:

I dati personali particolari, relativi allo stato di salute potranno essere comunicati, per il perseguimento delle finalità di cui ai punti A, B, e C, o per obblighi di legge ai seguenti soggetti:

- Personale incaricato della struttura, fra cui Direzione, Direzione sanitaria, Amministrazione e ogni operatore interno incaricato della compilazione e della lista d'attesa
- ATS, Regione Lombardia
- Enti istituzionali (INPS, INAIL, ISTAT, Agenzia delle Entrate...)
- A seguito di ispezioni o verifiche (qualora richieste), a tutti gli organi ispettivi preposti a verifiche e controlli inerenti alla regolarità degli adempimenti di legge.

Inoltre i dati di salute e i dati amministrativi correlati possono essere comunicati - sempre previo consenso - a familiari, prossimi congiunti o terzi legittimati, espressamente indicati e identificati dall'interessato all'atto dell'ingresso e/o successivamente.

PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

Il Titolare tratterà i dati personali per il tempo necessario per adempiere alle finalità di cui sopra. In particolar modo il trattamento avrà una durata non superiore a quella necessaria agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti e secondo i termini di legge previsti alla Delibera Giunta Regione Lombardia n. X/325 del 27/06/2013 e s.m.i..

NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI E CONSEGUENZA DI UN EVENTUALE RIFIUTO

Il conferimento dei dati e delle informazioni richieste è obbligatorio per il perseguimento delle finalità descritte al punto 1).

Il mancato conferimento dei dati richiesti o il mancato consenso al trattamento per le finalità di tutela della salute, di cui al punto 1 rende impossibile l'accesso in RSA, per cui quest'ultima informa che in caso di diniego al trattamento non potrà erogare le prestazioni richieste dall'interessato.

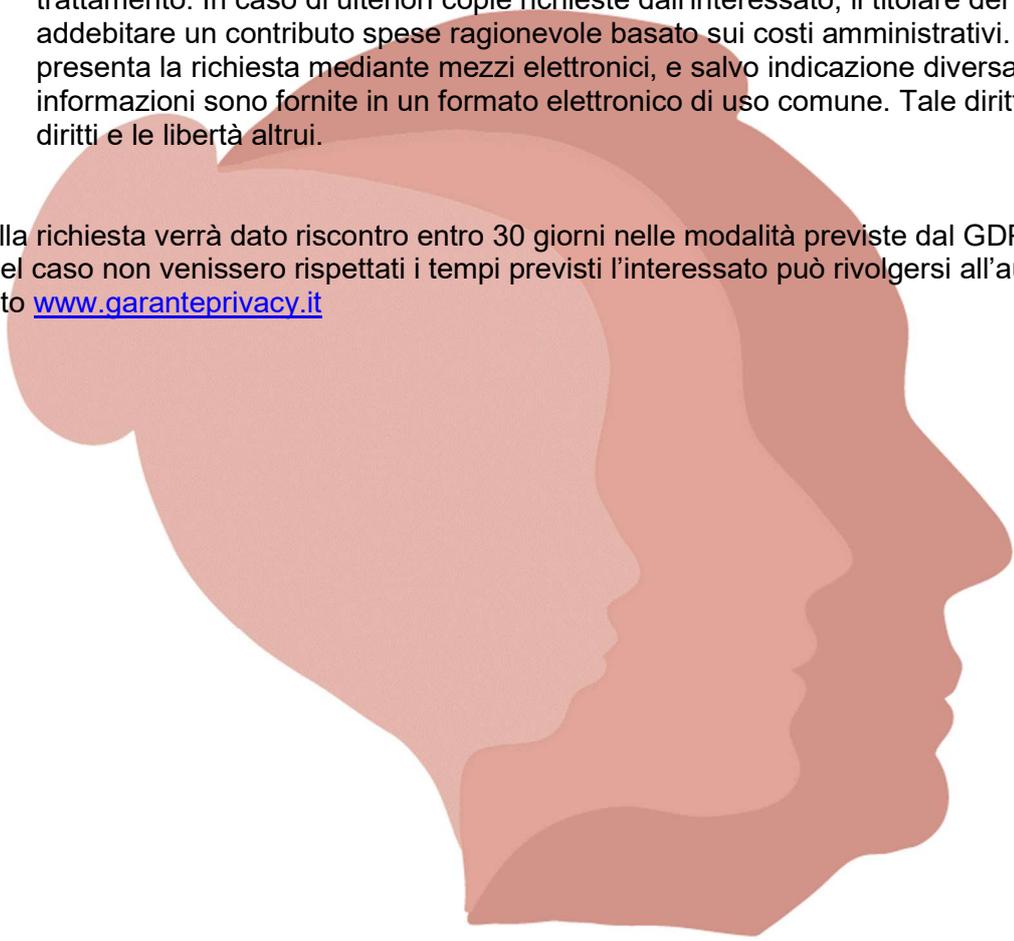
DIRITTI DI CUI AGLI ARTICOLI DA 15 A 22

Nella Sua qualità di interessato, ha i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del GDPR e precisamente i diritti di:

1. Ottenere dal titolare del trattamento la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che la riguardano e in tal caso, di ottenere l'accesso ai dati personali e alle seguenti informazioni: finalità del trattamento; categorie di dati personali in questione; destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati, il periodo di conservazione dei dati personali previsto;
2. Chiedere, ove applicabile, al titolare del trattamento la rettifica o la cancellazione dei dati personali o la limitazione del trattamento dei dati personali che la riguardano o di opporsi al loro trattamento;
3. Proporre reclamo a un'autorità di controllo;
4. Ricevere, ove possibile, una copia dei dati personali oggetto di trattamento da parte del Titolare del trattamento. In caso di ulteriori copie richieste dall'interessato, il titolare del trattamento può addebitare un contributo spese ragionevole basato sui costi amministrativi. Se l'interessato presenta la richiesta mediante mezzi elettronici, e salvo indicazione diversa dell'interessato, le informazioni sono fornite in un formato elettronico di uso comune. Tale diritto non deve ledere i diritti e le libertà altrui.

Alla richiesta verrà dato riscontro entro 30 giorni nelle modalità previste dal GDPR.

Nel caso non venissero rispettati i tempi previsti l'interessato può rivolgersi all'autorità di controllo sul sito www.garanteprivacy.it



Consenso al trattamento dei dati personali

Ricevuta l'INFORMATIVA ART 13 REGOLAMENTO UE 679/2016 il sottoscritto:

Nome _____ Cognome _____
 Nato a _____ (Prov () il _____
 Residente a _____ In via _____ n°tel _____
 N cod. fiscale _____

In qualità di
 Figlio/a _____ Nipote/a _____ Amministratore di sostegno _____ Altro specificare _____
 Del/della sig./sig.ra _____

Nome _____ Cognome _____
 Nato a _____ Prov () il _____
 Residente a _____ In via _____ n° tel _____
 N cod. fiscale _____ N. tessera sanitaria _____

Preso atto di quanto previsto al **punto b) dell'informativa di cui all'art. 13** del regolamento UE 679/2016 (da ora in poi GDPR) a me sottoposta da in fase di iscrizione del soggetto alle liste di attesa:

possibile diffusione in ambiti indeterminati**Do il consenso****Nego il
consenso**

-al trattamento dei dati personali e particolari (relativi allo stato di salute, situazione familiare e finanziaria) per le finalità di valutazione della domanda di ingresso

-al trasferimento dei dati raccolti ad altre strutture al fine di valutare la possibilità di ingresso in altre strutture:

- RSA Fondazione La Memoria – Gavardo
- RSA Bertella - Sabbio Chiese
- RSA Fondazione Passerini – Vestone
- RSA Soggiorno Sereno - Odolo

Luogo e data

Firma _____

Allegato n° 5

Sezione sanitario-assistenziale

Questa sezione è a cura del **Medico Curante** in collaborazione con la persona che fornisce direttamente l'assistenza.

ANAMNESI SANITARIO-ASSISTENZIALE

Profilo cognitivo e funzionale

1. Profilo cognitivo

1.1. Sono insorti negli ultimi anni deficit cognitivi?

Se SI, specificare quali tra (barrare con una x la casella corrispondente):

- memoria orientamento spazio / temporale riconoscimento di persone / cose
- giudizio e/o astrazione linguaggio e/o comprensione

1.2. Sono insorti nell'ultimo periodo disturbi comportamentali?

- deliri (crede cose che non sono vere) allucinazioni (vede cose/persone inesistenti)
- aggressività/agitazione vagabondaggio e/o tendenza alla fuga
- depressione/apatia insonnia disturbi dell'alimentazione irritabilità
- altro _____

2. Profilo funzionale

INDICATORE DELLE CAPACITA' FUNZIONALI

Trasferimenti letto/sedia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Deambulazione	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Locomozione su sedia a rotelle	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Igiene personale	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Alimentazione	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Legenda: N.B. l'item LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE viene compilato SOLO se risulta 1 nell'item DEAMBULAZIONE

TRASFERIMENTO LETTO/SEDIA

1	Necessarie 2 persone per il trasferimento del paziente, con o senza ausilio meccanico.
2	Il pz. collabora ma è comunque necessaria la collaborazione di 1 persona
3	Per 1 o più fasi del trasferimento è necessaria la collaborazione di 1 persona
4	Occorre 1 persona per garantire la sicurezza e/o infondere fiducia
5	Il pz. è in grado di muoversi senza pericoli ed è autonomo durante il trasferimento

DEAMBULAZIONE

1	Dipendenza rispetto alla locomozione.
2	Necessaria la presenza costante di 1 o più persone per la deambulazione
3	Necessario aiuto da parte di 1 persona per raggiungere o manovrare ausili
4	Pz. autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione per ridurre i rischi e infondere fiducia; non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto
5	Pz. 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 percorre 50 metri senza aiuto o supervisione
--	--

LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE

1	Pz. in carrozzina, dipendente per la locomozione
2	Pz. 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 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	Pz. non in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti i punti di vista.
2	E' necessario assisterlo in tutte le circostanze della igiene personale.
3	E' necessario assisterlo in 1 o più circostanze dell'igiene personale
4	E' 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 nell'igiene.

ALIMENTAZIONE

1	Pz. totalmente dipendente, deve essere 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.

INDICATORE DELLA COGNITIVITA' E COMPORTAMENTO

Confusione	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Irritabilità	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Irrequietezza	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Legenda:

CONFUSIONE

1	Pz. completamente confuso; comunicazione ed attività cognitive compromesse, personalità destrutturata
2	E' 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	E' perfettamente lucido

IRRITABILITA'

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

IRREQUIETENZA

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

ANAMNESI SANITARIA

Profilo diagnostico e terapeutico

3. Profilo diagnostico

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

Indice di Severità _____

Indice di Comorbilità _____

- 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: _____

4. Ulteriori elementi per l'inquadramento diagnostico-assistenziale

- Deambulazione: autonoma bastone tripode deambulatore
 carrozzina allettato

- Continenza: controllo sfinteriale pannolone striscia diurna
 striscia notturna catetere vescicale

- Alimentazione per: via orale sondino nasogastrico PEG

- Dieta : libera Ipocalorica ipoglicidica altro _____

- Abuso di alcoolici: SI NO

4.1. La persona è stata recentemente ricoverata in Ospedale?
Se SI indicarne il periodo ed il reparto

4.2. Eventuali precedenti ricoveri in reparti neurologici o psichiatrici (dove, quando, diagnosi).

5. Terapia farmacologica in atto

Timbro e firma del Medico Curante

1.6. Eventuali precedenti ricoveri in Case di Riposo (dove e quando)

1.5. La persona è invalido civile? SI NO

Se NO ha inoltrato la domanda di invalidità? _____ e in quale data _____

2. Convivenza

2.1. La persona vive con: coniuge figlio/a solo/a
altro _____

2.2. La persona ha negli ultimi anni cambiato la propria residenza? Se SI, indicare presso chi e quando si è trasferita

2.3. Indicarne brevemente le motivazioni:

Firma dell'Ospite/Familiare/Assistente
Sociale

