



Spett.le
FONDAZIONE FERRARIO - Vanzago

DOMANDA DI INSERIMENTO IN CDI

Il/La sottoscritto/a

Residente in Cap Via Nr. Tel.

Cell. E-Mail

chiede la frequenza presso il Vostro CDI

del Sig./ra

Nat.... a il Stato civile

Codice fiscale Nr. tessera sanitaria

Residente in Prov. Cap

Via/Piazza

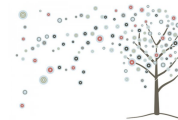
Telef. nr. /

che liberamente e senza coercizione ne ha espresso la specifica volontà.

.....
(Firma)

.....
(Grado di parentela)

....., lì



Consenso informato al trattamento dei dati (D.Lgs. 196/2003 - GDPR EU/2016/679) - INFORMATIVA

Gentile Signore/a,

desideriamo informarla che 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.

Tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

- **Estremi identificativi e di contatto del Titolare del Trattamento:**

Fondazione Ferrario, via Vittorio Emanuele II, N°2/4/6, 20010 Vanzago (MI)

- **Rappresentante** Dr. Borroni Daniele

- **Dati di contatto del Privacy Officer** Dott. Giuliano Argia – giuliano.argia@fondazioneferrario.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, con prevalenza della seconda).

- **Legittimi interessi perseguiti dal titolare del trattamento o da terzi**

Il Titolare svolge legittimamente l'attività per la quale è autorizzato, ovvero CDI (Centro Diurno Integrato). 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 comunicati con la presente domanda possono essere comunicati all'esterno agli organi di controllo (ATS e Regione Lombardia, ISTAT in modo aggregato e anonimo).

- **Eventuale trasferimento dei dati personali a un paese terzo o a un'organizzazione internazionale con indicazione delle eventuali garanzie privacy** - Questa modalità non è attuata.

- **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 in caso di frequenza. Diversamente i dati, fatti salvi gli eventuali obblighi di legge, verranno conservati per un periodo di tempo pari a due anni dalla data di archiviazione della domanda.

- **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 in caso di 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.

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

L'interessato può revocare il consenso in qualsiasi momento, assumendosene le ricadute (dimissione/archiviazione della domanda), 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.

- **Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento**

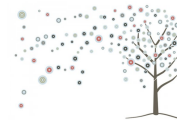
Il conferimento dei dati è obbligatorio data la natura del rapporto di cura che si instaura fra interessato e Titolare.

- **Conseguenze di un eventuale rifiuto a rispondere**

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

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

Firma leggibile



COME È VENUTO A CONOSCENZA DELLA STRUTTURA:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| ☐ Assistente Sociale /Asl | ☐ Internet |
| ☐ Passaparola | ☐ Altro _____ |

MOTIVO DELLA DOMANDA:

- | | |
|---|--|
| ☐ Ha perso l'autonomia fisica/psichica | ☐ L'alloggio è inadatto |
| ☐ La famiglia non è in grado di provvedere | ☐ Altro _____ |
| ☐ Vive solo | |

PROVENIENZA OSPITE:

- ☐ Soggetto che accede alla struttura direttamente dal domicilio
- ☐ Soggetto in dimissione da struttura psichiatrica
- ☐ Soggetto in dimissione da struttura sanitaria (ospedaliera) accreditata
- ☐ Soggetto in dimissione da struttura sanitaria (ospedaliera) non accreditata
- ☐ Soggetto in dimissione da Istituto di riabilitazione
- ☐ Soggetto in dimissione da altro regime o tipologia (C.D.I. - ricovero a pagamento - ricovero di sollievo - emergenza o pronto intervento)
- ☐ Soggetto dimesso da altra struttura (C.D.I. - ricovero a pagamento - ricovero di sollievo - emergenza o pronto intervento in altre RSA)
- ☐ Altro _____

SOGGETTO CON BUONO SOCIO - SANITARIO:

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| ☐ SÌ | ☐ NO | ☐ NO (in lista di attesa) |
|-----------------------------|-----------------------------|--|

SOGGETTO CON ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO:

- | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------------|
| ☐ SÌ | ☐ NO (domanda presentata) | ☐ NO |
|-----------------------------|--|-----------------------------|

SOGGETTO CHE USUFRUISCE DI ADI (Assistenza Domiciliare Integrata):

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| ☐ SÌ | ☐ NO |
|-----------------------------|-----------------------------|

La domanda di inserimento nel CDI dovrà essere corredata dalla seguente documentazione:

1. **SCHEDA DI VALUTAZIONE SANITARIA - ASSISTENZIALE** secondo lo schema allegato (a cura del Medico Curante)
2. **CERTIFICATO DI EVENTUALE RISCONTRO DI DECADIMENTO COGNITIVO/DEMENZA** RILASCIATO DA UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA O SPECIALISTA COMPETENTE (Es. UVA)
3. **DICHIARAZIONE DELLA COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE** secondo lo schema allegato
4. **INFORMATIVA RESA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI** D.LGS. NR. 196/2003



DOMANDA DI INSERIMENTO NEL CDI

Sez. INFORMAZIONI SANITARIE

SCHEDA di VALUTAZIONE SANITARIA - ASSISTENZIALE

Compilazione a cura del Medico Curante

1	Cognome	
2	Nome	
3	Data di nascita	
4	Luogo di nascita	
5	Codice sanitario (Tessera sanitaria)	
6	Esenzioni patologia cod.	1 _____ 2 _____ 3 _____
7	Esenzione invalidità % e n° cod.	

INDICE MOBILITA'

Trasferimenti letto/sedia	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
---------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

Codice	Significato
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 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
---------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

Codice	Significato
1	Dipendenza rispetto alla locomozione
2	Necessaria la presenza costante di una o più persone 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 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 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
---------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Codice	Significato
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 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
-------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Codice	Significato
1	Paziente non in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti i punti di vista
2	E' necessario assisterlo in tutte le circostanze dell' igiene personale
3	E' necessario assisterlo in una 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

Alimentazione	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
----------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Codice	Significato
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



INDICATORE : COGNITIVITA' E COMPORTAMENTO

Confusione	1	2	3	4
	☐	☐	☐	☐

Codice	Significato
1	Paziente completamente confuso – comunicazione e 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 nel tempo
4	E' perfettamente lucido

Irritabilità	1	2	3	4
	☐	☐	☐	☐

Codice	Significato
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	1	2	3	4
	☐	☐	☐	☐

Codice	Significato
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



INDICATORE: COMORBILITA'

Codice	Significato
1	Assente
2	Lieve
3	Moderata
4	Grave
5	Molto grave

Cardiaca (solo cuore)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Diagnosi					
Diagnosi					
Diagnosi					
Ipertensione (si valuta la severità gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Diagnosi					
Diagnosi					
Diagnosi					
Vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Diagnosi					
Diagnosi					
Diagnosi					
Respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Diagnosi					
Diagnosi					
Diagnosi					



O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Diagnosi					
Diagnosi					
Diagnosi					
Apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Diagnosi					
Diagnosi					
Diagnosi					
Apparato G.I. inferiore (intestino, ernie)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Diagnosi					
Diagnosi					
Diagnosi					
Epatiche (solo fegato)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Diagnosi					
Diagnosi					
Diagnosi					
Renali (solo rene)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Diagnosi					
Diagnosi					
Diagnosi					
Altre patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Diagnosi					
Diagnosi					
Diagnosi					



	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Sistema muscolo scheletrico, cute(muscoli, scheletro, tegumenti)					
Diagnosi					
Diagnosi					
Diagnosi					
	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Sistema nervoso centrale e periferico (non include la demenza)					
Diagnosi					
Diagnosi					
Diagnosi					
	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Endocrine – metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici)					
Diagnosi					
Diagnosi					
Diagnosi					
	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Psichiatrico – comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)					
Diagnosi					
Diagnosi					
Diagnosi					

TERAPIA IN ATTO: _____



INDICATORE: PROFILI DI GRAVITA'

Lesioni da decubito Dal secondo stadio NPUAP in poi	SI ☐	NO ☐
Catetere urinario permanente	SI ☐	NO ☐
Cadute negli ultimi sei mesi Anche senza conseguenze	SI ☐	NO ☐
Numero cadute negli ultimi sei mesi		
Contenzione fisica permanente Escluse le sponde al letto	SI ☐	NO ☐

INDICATORE : AUSILI PER LA GESTIONE DELLE INSUFFICIENZE FUNZIONALI IN USO

AUSILI PER MOVIMENTO	SI ☐	NO ☐
Bastone/Gruccia/deambulatore	SI ☐	NO ☐
Arto artificiale	SI ☐	NO ☐
Carrozzina	SI ☐	NO ☐

GESTIONE INCONTINENZA	SI ☐	NO ☐
Presidi assorbenti/catetere esterno	SI ☐	NO ☐
Catetere	SI ☐	NO ☐
Ano artificiale	SI ☐	NO ☐

GESTIONE DIABETE	SI ☐	NO ☐
Solo dieta	SI ☐	NO ☐
Antidiabetici	SI ☐	NO ☐
Insulina	SI ☐	NO ☐



ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE	SI ☐	NO ☐
Sondino N.G.	SI ☐	NO ☐
P.E.G	SI ☐	NO ☐
Nutrizione Parenterale Totale	SI ☐	NO ☐

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	SI ☐	NO ☐
O2 per 6 ore	SI ☐	NO ☐
O2 costante	SI ☐	NO ☐
Respiratore artificiale	SI ☐	NO ☐

DIALISI	SI ☐	NO ☐
Dialisi Peritoneale	SI ☐	NO ☐
Dialisi extracorporea	SI ☐	NO ☐



NOTE AGGIUNTIVE

VISTA

- ☐ Normale
☐ Ipovisus
☐ Cecità

UDITO

- ☐ Normale
☐ Ipoacusia
☐ Sordità

DISTURBI LINGUAGGIO

- ☐ Sì ☐ No

ETILISMO

- ☐ Sì ☐ No

PSICHE

- ☐ integra ☐ agitazione ☐ confusione ☐ disorientamento

Ansia ☐ Sì ☐ No

Cure psichiatrica ☐ Sì ☐ No

Depressione ☐ Sì ☐ No

Invalidità civile ☐ Sì ☐ No

Tentati suicidi ☐ Sì ☐ No

MALATTIE INFETTIVE / DIFFUSIVE / PSICHIATRICHE

Il soggetto è esente da malattie infettive/diffusive e/o psichiatriche?

- ☐ Sì ☐ No

Diagnosi _____

Data di compilazione

Timbro e Firma Medico Curante



Il/la sottoscritto/a _____

Figlio/a del/della Sig./Sig.ra _____

dichiaro

qui di seguito la composizione del nucleo familiare limitatamente ai parenti ed affini di 1° e 2° grado

COGNOME	NOME	Nato/a a	Nato/a il
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

In fede

Vanzago, _____

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art. 4 comma 1 lett. d), nonché art. 26 del D.lgs. 196/2003, presta il suo consenso per la conservazione ed il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle attività istituzionali della Fondazione Ferrario, per le esigenze di Autorità Sanitaria, di Pubblica Sicurezza ed Autorità Giudiziaria.

Firma leggibile _____