



FONDAZIONE FERRARIO

Spett.le

FONDAZIONE FERRARIO - Vanzago

DOMANDA DI INSERIMENTO IN RSA

Il/La sottoscritto/a

Residente in Cap Via Nr.

Tel. Cell.

E-Mail

chiede il ricovero presso la Vostra RSA

del Sig./ra

Nat.... a il Stato civile

Codice fiscale

Nr. codice assistito / tessera sanitaria

Residente in Prov. Cap.

Via/Piazza Nr.

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

.....

Firma

.....

(Grado di parentela)

....., lì



FONDAZIONE FERRARIO

COME È VENUTO A CONOSCENZA DELLA STRUTTURA:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Assistente Sociale / Ats | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Passaparola | <input type="checkbox"/> Altro |

MOTIVO DELLA DOMANDA:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ha perso l'autonomia fisica/psichica | <input type="checkbox"/> L'alloggio è inidoneo |
| <input type="checkbox"/> La famiglia non è in grado di provvedere | <input type="checkbox"/> Altro |
| <input type="checkbox"/> 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)
- Soggetto in dimissione da Istituto di riabilitazione
- Soggetto in dimissione da altro regime o tipologia (C.D.I. - ricovero di sollievo – R.S.A.)
- Altro

SOGGETTO CON ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO

- SI NO

SOGGETTO CHE USUFRUISCE DI ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)

- SI NO

La domanda di inserimento in Rsa 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 DEMENZA SENILE**
RILASCIATO DA UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA O SPECIALISTA COMPETENTE
- 3. PER I SOGGETTI CON RESIDENZA ANAGRAFICA EXTRAREGIONE LOMBARDIA, IMPEGNATIVA AL PAGAMENTO DELLE SPESE SANITARIE RILASCIATA DALL'ASL DI RESIDENZA**



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 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 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 ingresso in struttura. 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.

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

- **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.



FONDAZIONE FERRARIO

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

Se l'interessato si rifiuta di fornire i dati richiesti prima del ricovero, questo 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**

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.

Firma leggibile



FONDAZIONE FERRARIO

SCHEDA di VALUTAZIONE SANITARIA - ASSISTENZIALE
Compilazione a cura del Medico Curante

1	Cognome	
2	Nome	
3	Data / Luogo di nascita	
4	Codice sanitario (Tessera sanitaria)	
5	Esenzioni patologia codice	1 _____ 2 _____ 3 _____
6	Esenzione invalidità % e codice	

INDICE MOBILITA'

Trasferimenti letto/sedia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
---------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
---------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
--------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
---------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
--------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
---------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnosi					
Diagnosi					
Ipertensione (si valuta la severità gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnosi					
Diagnosi					
Vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnosi					
Diagnosi					
Respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnosi					
Diagnosi					



FONDAZIONE FERRARIO

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



FONDAZIONE FERRARIO

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

TERAPIA IN ATTO: _____



INDICATORE: PROFILI DI GRAVITA'

Lesioni da decubito Dal secondo stadio NPUAP in poi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Catetere urinario permanente	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cadute negli ultimi sei mesi Anche senza conseguenze	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Numero cadute negli ultimi sei mesi	
Contenzione fisica permanente Escluse le sponde al letto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

INDICATORE : AUSILI PER LA GESTIONE DELLE INSUFFICIENZE FUNZIONALI IN USO

AUSILI PER MOVIMENTO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Bastone/Gruccia/deambulatore	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Arto artificiale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Carrozzina	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

GESTIONE INCONTINENZA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Presidi assorbenti/catetere esterno	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Catetere	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ano artificiale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

GESTIONE DIABETE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Solo dieta	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Antidiabetici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Insulina	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>



ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sondino N.G.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
P.E.G	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Nutrizione Parenterale Totale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
O2 per 6 ore	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
O2 costante	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Respiratore artificiale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

DIALISI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dialisi Peritoneale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dialisi extracorporea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>



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
