



FONDAZIONE
CASA DI RIPOSO CITTA' DI TIRANO - ONLUS
23037 TIRANO (SO) Via Giovanni Bertacchi, 6
Tel (0342) 70.43.84 - Fax (0342) 70.47.90
E-mail: info@rsatirano.it
Cod.Fisc. 83001140140 P.IVA 00401160148
REA 62517- REGISTRO DELLE PERSONE GIURIDICHE PRIVATE N.1902

DOMANDA DI AMMISSIONE

POSTI LETTO ACCREDITATI NON A CONTRATTO

Sig./ra _____

Riservato all'Ente :

Già in lista RSA

Si No

CL _____

Parere sanitario

Numero di guardaroba _____

Figli residenti nel
comune di Tirano

Si No

Ingresso avvenuto

il _____

Il/la Sig./ra _____
Nato/a _____ il _____
Residente nel Comune di _____ via _____
Eventuale domicilio (se diverso dalla residenza) : Comune _____
Via _____ telefono n° _____
Codice fiscale _____ tessera sanitaria (codice assistito) _____

Compilare questa sezione se la domanda è sottoscritta da persona diversa dall'interessato/a all'ammissione

Il/la Sig./ra _____
Nato/a _____ il _____
Residente nel Comune di _____ via _____
_____ telefono n° _____
Codice fiscale _____ in qualità di _____

In nome e per conto del/la

Il/la Sig./ra _____
Nato/a _____ il _____
Residente nel Comune di _____ via _____
Eventuale domicilio (se diverso dalla residenza) : Comune _____
Via _____ telefono n° _____
Codice fiscale _____ tessera sanitaria (codice assistito) _____

CHIEDE

Di essere ammesso/a nella RSA Fondazione Casa di Riposo Città di Tirano – Onlus- sui **Posti accreditati non a contratto**

SI IMPEGNA

- a comunicare alla RSA le eventuali modifiche della situazione socio-sanitaria o dei dati indicati nella domanda. Nonché l'eventuale ritiro della domanda stessa.
- ad effettuare regolarmente il versamento della retta, nella misura fissata dall'Amministrazione.

Data _____

Firma del richiedente _____

FONDAZIONE

CASA DI RIPOSO CITTÀ DI TIRANO - ONLUS

23037 TIRANO (SO) Via Giovanni Bertacchi, 6 - Tel (0342) 70.43.84 - Fax (0342) 70.47.90
Cod.Fisc. 83001140140 P.IVA 00401160148 E-mail:info@rsatirano.it
REA 62517- REGISTRO DELLE PERSONE GIURIDICHE PRIVATE N.1902

A - INFORMAZIONI RESE AI SENSI DEGLI ART. 13 E 14 DEL GDPR UE 2016/679

1) Titolare del trattamento e Responsabile Protezione Dati (RPD/DPO)

Titolare del trattamento è la **Fondazione CASA DI RIPOSO CITTÀ DI TIRANO ONLUS**, Via Giovanni. Bertacchi, 6 – 23037 Tirano (SO). Responsabile della Protezione dei Dati è stata designata la società Spazio Privacy S.r.l. – Via delle Tegiacche, 22/A – 23020 Piateda (SO) – dpo@spazioprivacysrl.it

2) Finalità del trattamento dei dati

I dati personali dell'interessato sono trattati nell'ambito della attività sia amministrativa, sia sanitaria. In particolare i dati relativi alla salute sono finalizzati a permettere l'erogazione delle prestazioni sanitarie di diagnosi, cura e riabilitazione. Nel caso fosse necessario trattare i dati personali per finalità diverse da quelle indicate, sarà nostra cura richiedere un successivo consenso specifico.

3) Categorie di dati trattati

I dati trattati dalla **Fondazione CASA DI RIPOSO CITTÀ DI TIRANO ONLUS** sono sia personali (anagrafici, fiscali, di comunicazione e di reperibilità), sia appartenenti a categorie particolari di dati personali (dati relativi alla salute).

4) Destinatari o eventuali categorie di destinatari dei dati personali

Per lo svolgimento di parte delle sue attività la **Fondazione CASA DI RIPOSO CITTÀ DI TIRANO ONLUS** si rivolge pure a soggetti esterni qualora necessario per il perseguimento delle finalità sopra indicate (a titolo esemplificativo e non esaustivo: laboratori di analisi esterni, Agenzie di Tutela della Salute (ATS), Azienda Socio Sanitarie Territoriali (ASST), presidi ed altre strutture) nel rispetto delle misure di sicurezza previste dalla vigente normativa in materia di trattamento dati personali. I dati personali non sono in alcun modo diffusi.

5) Trasferimento dati ad un paese terzo

Il trattamento dei dati viene eseguito esclusivamente all'interno della Comunità Europea.

6) Periodo di conservazione dei dati

I dati trattati saranno conservati per il periodo minimo necessario alla realizzazione delle finalità sopra indicate. In particolare i dati aventi rilevanza fiscale saranno conservati per il tempo previsto dalla vigente normativa nazionale (ad oggi, anni 10).

7) Diritti dell'interessato

- L'interessato ha diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai propri dati personali (art.15 GDPR), la loro rettifica (art.16 GDPR), la loro cancellazione (art.17 GDPR), la limitazione del loro trattamento (art.18 GDPR), l'obbligo di notificazione (art. 19 GDPR), la loro portabilità (art. 20 GDPR). Ha altresì diritto di opporsi al loro trattamento (art.21).
- Qualora il trattamento sia basato sul consenso, l'interessato potrà in ogni momento esercitare il proprio diritto di revoca di tale consenso senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.
- L'interessato ha diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.
- Non è previsto l'utilizzo di processi decisionali automatizzati, compresa la profilazione di cui all'Art.22 del GDPR. I dati personali devono sempre essere liberamente e volutamente forniti dall'interessato.

8) Liceità del trattamento

Il trattamento è lecito, conformemente a quanto previsto dall'art. 6 GDPR, in quanto ricorrono le seguenti condizioni:

- a) necessario all'esecuzione di un contratto cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso
- b) il trattamento è necessario per la salvaguardia degli interessi vitali dell'interessato

9) Conferimento dei dati e conseguenze di un eventuale rifiuto

- Il conferimento dei dati personali è obbligatorio per perseguire le finalità del trattamento sopra indicate al punto 2) e ai fini dell'erogazione delle prestazioni da parte della **Fondazione CASA DI RIPOSO CITTÀ DI TIRANO ONLUS**. Il mancato conferimento e comporterebbe infatti l'impossibilità di adempiere agli obblighi derivanti dal contratto, all'impossibilità di fornire le prestazioni.
- Il conferimento dei dati personali è facoltativo per le finalità di cui alla sezione B ed il diniego del consenso non comporta alcuna conseguenza.

10) Modalità di trattamento dei dati

In relazione alle indicate finalità, il trattamento dei dati personali, nel rispetto della legge e degli obblighi di riservatezza, avviene mediante elaborazioni manuali, strumenti informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati medesimi (anche nel caso di utilizzo di tecniche di comunicazione a distanza).

11) Visite agli Ospiti

È diritto dell'Ospite non ricevere visite e non fare conoscere a parenti e visitatori la propria permanenza presso la struttura.

B – CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il/la sottoscritto/a _____ in conformità a quanto disposto ai sensi degli art. 13 e 14 del GDPR UE 2016/679, dichiara di essere informato sul trattamento dei dati personali forniti e dà il proprio consenso alle predette comunicazioni e ai trattamenti realizzati da tali soggetti utilizzati ai soli fini indicati nell'informativa, consapevole che, in mancanza del proprio consenso, la **Fondazione "CASA DI RIPOSO CITTÀ DI TIRANO ONLUS"** non potrà dare esecuzione né mantenere il rapporto esistente con l'interessato medesimo.

(Data)

(Firma leggibile)

CONSENSO NON PRESTATO DALL'INTERESSATO PER TEMPORANEA INCAPACITÀ

Il/la sottoscritto/a _____

in qualità di _____

del sig./sig.ra _____

interessato al trattamento dei propri dati personali, dichiara che lo stesso ha ricevuto e compreso l'informativa, ma, in quanto impossibilitato a sottoscrivere il proprio consenso per temporanea incapacità fisica, ha dichiarato di essere informato sul trattamento dei dati personali forniti dando il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali da parte della **Fondazione "CASA DI RIPOSO CITTÀ DI TIRANO ONLUS"** nel rispetto della normativa vigente.

(Data)

(Firma leggibile)

la proposta di ammissione dovrà essere comunicata al seguente numero telefonico :

tel. _____ del/la Sig./ra _____

Riservato all'Ente: Contattato/a telefonicamente per l'ingresso il _____ da _____

Data conferma accettazione ingresso il _____ da _____



FONDAZIONE
CASA DI RIPOSO CITTA' DI TIRANO - ONLUS
23037 TIRANO (SO) Via Giovanni Bertacchi, 6
Tel (0342) 70.43.84 - Fax (0342) 70.47.90
E-mail: info@rsa.it
Cod.Fisc. 83001140140 P.IVA 00401160148
REA 62517- REGISTRO DELLE PERSONE GIURIDICHE PRIVATE N.1902

OGGETTO: dichiarazione ospite e/o parente

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
e residente a _____ in via _____,
in qualità di Ospite e/o parente

DICHIARA

Di aver preso conoscenza e di accettare tutte le norme del regolamento per l'inserimento in R.S.A. sui posti accreditati non a contratto, documento consegnato al momento della domanda.

Tirano, _____

IL RICHIEDENTE



PARTE II: VALUTAZIONE SANITARIA

INFORMAZIONI PER IL MEDICO

Gentile collega,

Il suo/la sua paziente intende presentare la domanda di ammissione presso una RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) del territorio della provincia di Sondrio.

La scheda allegata fa parte del nuovo modello unico di ammissione concordato con le RSA al fine di facilitare le famiglie nella ricerca di una struttura idonea e per evitare ai medici di essere chiamati a compilare più volte le necessarie certificazioni sanitarie.

Le informazioni sanitarie sono raccolte utilizzando in buona parte la scala di valutazione CIRS (Cumulative Illness rating Scale), adottata dalla Regione Lombardia. Si tratta di un strumento standardizzato utile a individuare la gravità delle patologie presenti a carico dei singoli organi / apparati: viene chiesto di assegnare un punteggio che varia da 1 a 5 per ogni item.

Si ottengono così due indici:

- **Indice di severità:** si ricava dalla media dei punteggi delle prime 13 categorie (escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali);
- **Indice di comorbidità:** si ricava dal numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3 (escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali).

Alcune note per la corretta compilazione:

Ipertensione: il giudizio di gravità esclude la presenza di eventuali danni d'organo, che saranno eventualmente descritti nelle categorie corrispondenti;

Disturbi vascolari: comprendono malattie dei vasi arteriosi e venosi, del sangue, del midollo e del sistema linfatico;

Apparato gastroenterico superiore: comprende esofago, stomaco, duodeno, pancreas e vie biliari

Sistema muscolo-scheletrico e cutaneo: comprende le lesioni da decubito

Patologie endocrino-metaboliche: includono diabete, infezioni, sepsi e stati tossici.

Ringraziamo per la collaborazione.

Le RSA della Provincia di Sondrio e la ATS della Montagna

Prima domanda Aggiornamento di domanda già presentata

Sig/ra _____ nato/a il _____

VALUTAZIONE MEDICA scala CIRS

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 (es. abrasioni cutanee, ernie, emorroidi)
3. **MODERATO** : la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività. Il trattamento è necessario, la prognosi è buona (es. colelitiasi, diabete, fratture)
4. **GRAVE** : la compromissione d'organo/sistema produce disabilità. Il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (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 (es. infarto del miocardio, stroke, embolia).

1	Patologie cardiache - 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	Patologie vascolari - sangue, vasi, midollo, sistema linfatico Diagnosi _____	1	2	3	4	5
4	Patologie 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	Patologie epatiche - solo fegato Diagnosi _____	1	2	3	4	5
9	Patologie 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 scheletrico – cute - muscoli, scheletro, tegumenti Diagnosi _____	1	2	3	4	5
12	Patologie sistema nervoso centrale e periferico - non include la demenza Diagnosi _____	1	2	3	4	5
13	Patologie endocrine – metaboliche - include diabete, infezioni, stati tossici Diagnosi _____	1	2	3	4	5
14	Patologie psichiatriche – comportamentali - demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi Diagnosi _____	1	2	3	4	5

DIAGNOSI e BREVE VALUTAZIONE SANITARIA:

.....
.....
.....
.....
TERAPIE IN ATTO :
.....
.....
.....

VALUTAZIONE NECESSITA' ASSISTENZIALI

TRASFERIMENTO LETTO-SEDIA E VICEVERSA

1. Incapace di collaborare al trasferimento. Sono necessari due assistenti per trasferire il paziente con o senza l'uso del sollevatore
2. In grado di collaborare ma è richiesta un notevole grado di assistenza da parte di un operatore in tutte le fasi del trasferimento
3. Il trasferimento richiede assistenza da parte di un operatore. L'assistenza può essere richiesta per alcuni aspetti del trasferimento
4. E'richiesta la presenza di un'altra persona sia per infondere fiducia che per assicurare supervisione e sicurezza
5. Il paziente è in grado, senza correre pericoli,di accostare il letto manovrando una carrozzina,bloccarne i freni,sollevarle le pedane poggiapiedi,salire sul letto,coricarvisi,passare alla posizione seduta sul bordo del letto, spostare la sedia a rotelle, risedercisi sopra. Si richiede autonomia in tutte le fasi del trasferimento.

DEAMBULAZIONE

1. Dipendente rispetto alla deambulazione
2. Durante la deambulazione è indispensabile la presenza costante di una o più persone
3. E' necessario aiuto per raggiungere e/o manovrare gli ausili. L'assistenza viene fornita da una persona
4. Il paziente è autonomo nella deambulazione, ma non riesce a percorrere 50 metri senza ricorrere ad aiuto, o altrimenti risulta necessaria una supervisione che garantisca fiducia o sicurezza di fronte a situazioni pericolose
5. Qualora necessario il paziente deve essere in grado di indossare dei corsetti,allacciarli e slacciarli,assumere la posizione eretta,sedersi e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego. Deve essere in grado di adoperare stampelle, bastone o un deambulatore, e percorrere 50 m.. senza aiuto o supervisione

LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE *(solo se incapace di camminare)*

1. Dipendente per la locomozione in carrozzina
2. Il paziente può avanzare per proprio conto per brevi tratti, su superficie piana;riguardo tutti gli altri aspetti della locomozione in carrozzina necessita di aiuto e assistenza
3. E' indispensabile la presenza di una persona,ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
4. Il paziente riesce a spingersi per durate ragionevoli su terreni di più consueta percorrenza. E' tuttavia ancora necessario aiutarlo limitatamente agli spazi più angusti
5. Per essere giudicato autonomo il paziente deve essere capace di girare attorno agli spigoli e su stesso con la sedia a rotelle,di accostarla al tavolo,al letto,al wc ecc.Il paziente deve riuscire a percorrere almeno 50 m.

IGIENE PERSONALE

1. Il paziente non può provvedere all'igiene personale ed è dipendente in tutte le funzioni
2. L'assistenza è richiesta per tutti i punti dell'igiene personale
3. Una certa assistenza è richiesta per uno o più punti dell'igiene personale
4. Il paziente può provvedere alla sua igiene personale, ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo le operazioni.
5. Il paziente può lavarsi le mani e la faccia, pettinarsi,lavarsi i denti e radersi. Un paziente maschio può usare qualsiasi genere di rasoio,inserire la lametta,o la spina del rasoio elettrico senza aiuto,così come prenderlo dal cassetto o dall'armadio. Una paziente femmina deve essere in grado di truccarsi (se si trucca abitualmente);non è richiesto che sappia fare la treccia o acconciarsi i capelli

ALIMENTAZIONE

1. Completamente dipendente
2. Può maneggiare una posata, solitamente un cucchiaino, ma qualcuno deve fornire assistenza durante i pasti
3. Il paziente riesce ad alimentarsi sotto supervisione. E' richiesta assistenza per operazioni quali mettere il latte e lo zucchero nel the, aggiungendo il sale ed il pepe, spalmare il burro, girando un piatto o altre attività di "messa a punto"
4. Indipendente nell'alimentazione (con il vassoio preparato). Può essere richiesta assistenza per tagliare la carne, aprire il cartone del latte, il coperchio del vaso ecc. La presenza di un'altra persona non è richiesta
5. Il paziente può alimentarsi da solo dal vassoio o dal tavolo se qualcuno mette l'alimento in modo da poter essere raggiunto. Il paziente deve poter utilizzare un dispositivo se necessario, tagliare l'alimento, usare sale e pepe se lo desidera, spalmare il burro ecc.

VALUTAZIONE COGNITIVA:

SPMSQ – Short Portable Mental Status Questionnaire

	SI	NO
1) Che giorno è oggi? (giorno, mese, anno)	0	1
2) Che giorno è della settimana ?	0	1
3) Qual è il nome di questo posto ?	0	1
4) Qual è il suo numero di telefono ? (o indirizzo)	0	1
5) Quanti anni ha ?	0	1
6) Quando è nato?	0	1
7) Chi è l'attuale Papa (o Presidente della Repubblica) ?	0	1
8) Chi era il precedentemente Papa (o Presidente) ?	0	1
9) Qual'era il cognome di sua madre da ragazza ?	0	1
10) Faccia "20 meno 3" e ancora meno 3 fino a 2	0	1

NUMERO DI ERRORI : _____

*E' consentito un errore in più in caso di istruzione inferiore
E' consentito un errore in meno in caso di istruzione superiore*

0-2 errori : assenza di deterioramento	Livello di istruzione :
3-4 errori : deterioramento lieve	<input type="checkbox"/> : analfabeta
5-7 errori : deterioramento medio	<input type="checkbox"/> : scuola dell'obbligo
8-10 errori : deterioramento grave	<input type="checkbox"/> : scuola superiore

VALUTAZIONE COMPORTAMENTO (GBS parziale) :

CONFUSIONE

1. E' completamente confuso, così che sono compromesse la capacità di comunicare e le attività cognitive; la personalità è completamente 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' in grado di pensare chiaramente ed ha contatti non alterati con l'ambiente

IRRITABILITÀ

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, è calmo

IRREQUIETEZZA

1. Cammina avanti e indietro incessantemente: 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, contorce le mani, toccando in continuazione gli oggetti a portata di mano
3. Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione; ha difficoltà nel mantenere fermi mani e piedi e tocca continuamente vari oggetti
4. Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

PER EVENTUALE INSERIMENTO IN NUCLEO ALZHEIMER

- Presenza di : deliri/allucinazioni
- agitazione/ aggressività
- wandering/affaccendamento
- disinibizione/esaltazione/euforia

ULTERIORI ELEMENTI DI INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO:

Neoplasia maligna	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Malattie infettive	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Malattia progressiva S.N.C.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Accidenti cerebrali	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> recenti	<input type="checkbox"/> pregressi
Esiti :	<input type="checkbox"/> afasia	<input type="checkbox"/> paraparesi	<input type="checkbox"/> disfasia
	<input type="checkbox"/> emiparesi	<input type="checkbox"/> tetraparesi	
	<input type="checkbox"/> altro		
Trauma/intervento chirurgico:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Se si	<input type="checkbox"/> frattura femore	<input type="checkbox"/> altre fratture	
	<input type="checkbox"/> protesi anca	<input type="checkbox"/> altri interventi chirurgici :	
		
Lesioni da decubito	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

AUSILI PER LA GESTIONE DELLE INSUFFICIENZE FUNZIONALI

Ossigeno	<input type="checkbox"/> 6 ore/die	<input type="checkbox"/> continuato
Ventilatore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
PEG/SNG	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

data _____

timbro e firma del medico _____