DOMANDA DI INGRESSO CDI

RICHIEDENTE

Cognome e nome _____

Data di nascita _____ / _____ / _____ Luogo di nascita _____

Documento d'identità n. _____ Rilasciato a _____

Il _____ Data di scadenza _____

Codice fiscale _____

residente in via _____ n. _____

Città _____ Provincia _____ CAP _____

Recapito telefonico _____ E-mail _____

In qualità di _____

RICHIEDE L'INGRESSO AL CDI DEL/DELLA SIG./SIG.RA

Cognome e nome _____ Sesso M ☐ F ☐

Data di nascita _____ / _____ / _____ Luogo di nascita _____

Cittadino italiano SI ☐ NO ☐ Se no, specificare la cittadinanza _____

Documento d'identità n. _____ Rilasciato a _____

Il _____ Data di scadenza _____

Codice fiscale _____

residente in via _____ n. _____

Città _____ Provincia _____ CAP _____

Codice esenzione _____ Assegno di accompagnamento SI ☐ NO ☐

Assegno di invalidità SI ☐ NO ☐

Gode dei diritti politici SI ☐ NO ☐ Ha riportato condanne penali SI ☐ NO ☐

STATO CIVILE	**SITUAZIONE PENSIONISTICA**
□ Coniugato/a con _____ □ Vedovo/a di _____ □ Separato/a □ Divorziato/a □ Celibe / Nubile □ Figli maschi n. _____ □ Figlie femmine n. _____	□ Nessuna □ Anzianità / Vecchiaia □ Sociale □ Tipo speciale (guerra, infortunio sul lavoro, ecc.) □ Reversibilità □ Invalidità □ Due o più tipologie di pensione □ Altro: _____
ISTRUZIONE	**SITUAZIONE FAMIGLIARE**
Livello di istruzione: □ Analfabeta □ Licenza elementare □ Diploma medie inferiori □ Diploma medie superiori □ Laurea	**Vive con:** □ Coniuge / Convivente □ Figli □ Solo/a Altro _____
PROFESSIONE	**MEDICO CURANTE**
Professione dell'ospite attuale e precedente: ATTUALE: _____ PRECEDENTE: _____	Nome _____ Numero di telefono _____
RICHIEDE IL SERVIZIO DI TRASPORTO	
□ Sì □ No	

TUTELA (se presente)

☐ Amministratore di sostegno ☐ Tutore

Nome e cognome: _____

Qualifica: ☐ Famigliare: _____
☐ Altro: _____

Recapiti: _____

Persone di riferimento:

Cognome e nome	Grado di parentela	Indirizzo	Telefono	Email

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:

- ✓ Carta di identità in corso di validità SIA DEL RICHIEDENTE CHE DELL'INTERESSATO ALL'INGRESSO;
- ✓ tessera sanitaria SIA DEL RICHIEDENTE CHE DELL'INTERESSATO ALL'INGRESSO;
- ✓ allegato 1 debitamente compilato e firmato dal medico curante;
- ✓ copia esenzioni;
- ✓ copia accompagnamento;
- ✓ copia del verbale di invalidità;
- ✓ documento relativo alla tutela (ad es. copia procura, decreto di nomina ads, etc.);
- ✓ accertamenti clinico diagnostici recenti (ultimi 6 mesi).

Eventuali note/osservazioni:

_____

_____

_____ _____

Luogo e data Firma

*****

La domanda compilata in tutte le sue parti, nessuna esclusa, completa di tutti gli allegati richiesti, dovrà essere consegnata all'ufficio amministrativo attraverso le seguenti modalità:

- **cartacea presso gli uffici amministrativi della Fondazione previo appuntamento;**
- **digitale attraverso l'invio tramite email (scelta preferibile) a: urp@fondazionerobecco.it e contabilita@fondazionerobecco.it.**

Allegato 1

INFORMAZIONI PER IL MEDICO CURANTE

Gentile collega,
il suo/la sua paziente intende presentare la domanda di ammissione presso il nostro Centro Diurno Integrato.
Le chiediamo gentilmente di compilare la scheda allegata al fine di facilitare le famiglie nella ricerca di una struttura idonea per il/la loro caro/a e per poter avere un quadro generale dello stato di salute della persona anziana.
Le chiediamo quindi di assegnare un giudizio di gravità soggettivo alla situazione clinica e funzionale di 14 organi e apparati, secondo lo schema seguente:

1	**Assente**	Nessuna compromissione di organo o sistema.
2	**Lieve**	La compromissione di organo o sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no. La prognosi è eccellente.
3	**Moderato**	La compromissione di organo o sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario. La prognosi può essere buona.
4	**Grave**	La compromissione di organo o sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona.
5	**Molto grave**	La compromissione di organo o sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave.

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.

La ringraziamo anticipatamente per la collaborazione.

RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE PER L'INGRESSO AL C.D.I.

Sig./Sig.ra _____

Data di nascita _____ Tessera sanitaria n. _____

Esenzione _____ Data di compilazione _____

PATOLOGIE PRESENTI E GIUDIZIO DI GRAVITÀ

	1 Assente	2 Lieve	3 Moderato	4 Grave	5 Molto grave	Data insorgenza
Patologie cardiache: Specificare _____						
Ipertensione arteriosa: Specificare _____						
Patologie vascolari: Specificare _____						
Patologie respiratorie: Specificare _____ _____						
Ipertensione vista, udito, naso, gola, laringe: Specificare _____						
Apparato gastroenterico superiore: Specificare _____						
Apparato gastroenterico inferiore: Specificare _____						
Patologie epatiche: Specificare _____						
Patologie renali: Specificare _____						
Sistema muscolo-scheletrico e cute _____						
Patologie neurologiche centrali e periferiche *(escluse* le demenze) _____						
Patologie endocrino-metaboliche (incluso infezioni, sespi e stati tossici): Specificare _____						
Patologie psichiatrico-comportamentali *(incluse* le demenze): Specificare _____						

Valutazione dell'autonomia nelle ADL (indice di Barthel)					
	Dipendenza completa	**Dipendenza grave**	**Dipendenza moderata**	**Dipendenza lieve**	**Autosuf.**
Trasferimento letto - sedia	0	3	8	12	15
Deambulazione	0	3	8	12	15
Igiene personale	0	1	3	4	5
Alimentazione	0	2	5	8	10
Bagno/doccia	0	1	3	4	5
Toilette/uso servizi	0	2	5	8	10
Continenza urinaria	0	2	5	8	10
Continenza intestinale	0	2	5	8	10
Abbigliamento	0	2	5	8	10
Scale	0	2	5	8	10
*Uso carrozzina	0	1	3	4	5

Punteggio Barthel _____ /100

FUNZIONI COGNITIVO - COMPORTAMENTALI				
	Grave	**Moderato**	**Lieve**	**Assente**
Confusione (disorientamento spazio-temporale, turbe della memoria)				
Irritabilità				
Irrequietezza				
Agitazione motoria				
Deambulazione afinalistica				
Aggressività verbale				
Vocalizzi				
Aggressività fisica				
Deliri				
Ansia				
Depressione				

FUNZIONI PSICO - SENSORIALI			
	Assente	**Limitata**	**Integra**
Capacità di comunicare			
Vista			
Udito			

ALTRI PROBLEMI SANITARI					
	Assente	**Lieve**	**Moderato**	**Grave**	**Molto grave**
Disfagia					
Alcoolismo					
Tabagismo					

- **TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO (INDICARE FARMACO E POSOLOGIA)**

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

- **ALLERGIE**

□ **SI** _____ □ **NO**

- **IL SOGGETTO SEGUE UNA DIETA PARTICOLARE?**

□ **SI** _____ □ **NO**

- **IL SOGGETTO HA ESEGUITO LE SEGUENTI VACCINAZIONI?**

INFLUENZA	SI □ NO □	SE Sì INDICARE LA DATA _____
ANTIPNEUMOCOCCICA	SI □ NO □	SE Sì INDICARE LA DATA _____
SARS COV-2	SI □ NO □	SE Sì INDICARE LE DATE _____

EVENTUALI NOTE _____

_____

_____

_____ _____

Luogo e data Timbro e firma del medico

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

La **CASA DI RIPOSO DI ROBECCO D'OGLIO ETS**, in qualità di **Titolare del trattamento dei dati personali**, ex artt. 12, 13 e 14 del Reg. UE 2016/679, la informa che, nell'esercizio della propria attività, ai sensi delle D.G.R. Lombardia n. 2569/2014 e DGR RL XI/3226 del 09/06/2020, raccoglierà e tratterà con il supporto di mezzi cartacei, informatici o telematici i Suoi dati personali e relativi alla salute con finalità di tutela della salute e per lo svolgimento di attività amministrative correlate alle prestazioni di erogazione di servizi sociosanitari e socioassistenziali, di cui alla presente la domanda di ammissione al ricovero.

- **SCOPI DEL TRATTAMENTO E LEGITTIMI INTERESSI PERSEGUITI**

Attività di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza socio sanitaria e socioassistenziale della domanda di ammissione al ricovero, anche ai fini della trasmissione elettronica o comunicazione dei dati agli enti istituzionali competenti, nei limiti di quanto previsto da norme e regolamenti europei, statali e regionali vigenti.

- **RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI**

Il responsabile della protezione dei dati è l'Avvocato Fadenti Anna.

- **MODALITA' DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il trattamento dei dati avverrà con il supporto di mezzi cartacei, informatici o telematici.
La protezione dei dati è garantita dall'adozione di misure di sicurezza finalizzate a consentire l'accesso e l'utilizzo dei dati ai soli operatori autorizzati al fine di garantire lo svolgimento delle attività amministrative correlate agli scopi di tutela della salute previsti dalla normativa regionale di settore per cui ha presentato la domanda di ammissione. Il trattamento dei dati avviene garantendo i requisiti di sicurezza previsti per legge e previa adozione di misure e di accorgimenti che favoriscono la protezione continua e il costante miglioramento.

- **PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI**

I dati trattati e resi a seguito della presentazione della domanda di ammissione al ricovero fatti salvi gli eventuali obblighi di legge di volta in volta vigente, verranno conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per cui sono stati raccolti o successivamente trattati, quindi, non più di un anno; all'esito del trattamento saranno conservati secondo quanto previsto dalle normative di riferimento.

- **NATURA DEL CONFERIMENTO**

L'interessato o chi lo rappresenta (amministratore di sostegno, tutore, curatore, procuratore generale, famigliare) è tenuto a conferire obbligatoriamente i dati indispensabili al perseguimento delle finalità di cui al punto 1. lett. a., al fine di poter ottenere la/le prestazione/i richiesta/e.

- **CONSEGUENZE DEL MANCATO CONFERIMENTO DEI DATI O DEL MANCATO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E RELATIVI ALLA SALUTE**

Il mancato conferimento dei dati richiesti o il mancato consenso al trattamento per le finalità di tutela della salute, di cui al punto 1 lett.a., rende impossibile l'accesso in R.S.A. (Residenza Sanitaria Assistenziale), per cui s'informa che in caso di diniego al trattamento la Fondazione non potrà prendere in considerazione la domanda di ammissione al ricovero ed erogare le prestazioni richieste dall'interessato; se ciò accade durante l'anno di validità della domanda di ammissione, il rapporto dovrà necessariamente terminare.

- **CONOSCIBILITÀ DEI DATI**

I dati personali idonei a rivelare lo stato di salute non possono essere diffusi. I dati di salute sono trattati dal personale appositamente incaricato, che opera sotto il controllo del titolare e dei responsabili, e possono essere comunicati, per finalità di tutela della salute, previo consenso dell'interessato, ai seguenti soggetti:

- ✓ Organismi sanitari pubblici e privati
- ✓ Aziende che operano sull'ospite sia per l'assistenza che per la ristorazione
- ✓ A.T.S. della Val Padana, Regione Lombardia, Enti Locali

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 nella domanda di ammissione.

- **EVENTUALE TRASFERIMENTO TRANSFRONTALIERO DEI DATI**

La modalità non è prevista; qualora il DATA CENTER esterno dovesse comunicare lo spostamento parziale o totale dei dati trattati in un paese extra UE, sarà necessario garantire l'osservanza delle misure tecniche ed organizzative imposte dal Regolamento UE 2016/679.

- **PROFILAZIONE**

Si ricorda che qualora la domanda di ammissione sarà selezionata all'ingresso in R.S.A. (Residenza Sanitaria Assistenziale) è obbligo gravante sull'erogatore effettuare una profilazione dell'ospite all'interno delle c.d. "Classi SOSIA" mediante processi decisionali informatizzati secondo la normativa regionale vigente per inquadrare la tariffa sanitaria da riconoscere al Titolare.

- **DIRITTI DELL'INTERESSATO**

L'interessato ha il diritto di accesso ai dati personali in ogni momento, può chiederne la rettifica, qualora non corretti o non aggiornati, chiedere la cancellazione dei dati ad esclusione di quelli richiesti per legge, può chiedere la limitazione del trattamento dei dati che lo riguardano. L'interessato ha il diritto di opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla sua situazione particolare, al trattamento dei dati personali che lo riguardano. Il titolare del trattamento si astiene dal trattare ulteriormente i dati personali salvo che egli dimostri l'esistenza di motivi legittimi cogenti per procedere al trattamento che prevalgono sugli interessi, sui diritti e sulle libertà dell'interessato oppure per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria. L'interessato non può opporsi al trattamento dei dati sanitari perché hanno conservazione illimitata.
La portabilità dei medesimi dati non è possibile per i medesimi motivi. L'interessato può, invece, chiedere copia dei dati per portarli con sé o trasferirli ad altro Titolare.
L'interessato ha, altresì, il diritto alla revoca del consenso al trattamento dei dati in qualsiasi momento, consapevole che la conseguenza comporterà che la Fondazione non potrà prendere in considerazione la domanda di ammissione al ricovero ed erogare le prestazioni richieste dall'interessato; se ciò accade durante l'anno di validità della domanda di ammissione, il rapporto dovrà necessariamente terminare, fermi in ogni caso gli obblighi di legge in capo al Titolare riguardo la conservazione dei dati acquisiti. L'interessato ha il diritto di proporre reclamo ad una autorità di controllo.
Il contenuto e il significato di legge dei predetti diritti sono a disposizione sul sito internet istituzionale della R.S.A. (Residenza Sanitaria Assistenziale) allegati alla informativa.

_____ _____

Luogo e data Firma

CONSENSO DELL'INTERESSATO/RAPPRESENTANTE LEGALE DELL'INTERESSATO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di:

☐ Interessato
☐ Rappresentante Legale dell'Interessato (☐ Amministratore di Sostegno, ☐ Tutore, ☐ Curatore ☐ Procuratore Generale)

del/della Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____, il _____,

C.F. _____,

residente in _____,

DICHIARA

di aver ricevuto completa informativa ai sensi degli artt. 12, 13 e 14 del Reg. UE nr. 679/2016, di averne compreso il contenuto ed esprime il consenso al trattamento dei dati personali, relativi alla salute e quelli necessari per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.
Acconsente, inoltre, a che possa essere data informazione della domanda di ammissione al ricovero ai soggetti indicati nella domanda.

_____ _____
Luogo e data Firma

***

CONSENSO DEL FAMIGLIARE DELL'INTERESSATO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

il _____ C.F. _____

residente in _____,

in qualità di _____,

del/della Sig./Sig.ra _____

fa presente che le condizioni psicofisiche dell'Interessato non consentono di fornire una informativa diretta e, pertanto,

DICHIARA

☐ di aver ricevuto completa informativa ai sensi degli artt. 12, 13 e 14 del Reg. UE n. 679/2016, di averne compreso il contenuto ed esprime il consenso al trattamento dei dati personali, relativi alla salute e quelli necessari per le finalità e per la durata precisati nell'informativa dell'Interessato.

Acconsente, inoltre, a che possa essere data informazione della presentazione della domanda di ammissione al ricovero in Fondazione alle persone indicate nella domanda.

_____ _____
Luogo e data Firma