

DOMANDA DI RICOVERO PRESSO LA R. S. A.

Cognome _____ Nome _____
Luogo di nascita _____ Data di nascita _____
Residenza _____ Telefono _____
Stato civile _____ Vive solo Sì No
(se No, specificare con chi)

Attualmente ricoverato presso:

PRESENTAZIONE DEL CASO A CURA DEL RICHIEDENTE FAMILIARE

È stato nominato dal Giudice Tutelare un **Amministratore di Sostegno (AdS)**?

Sì No Domanda in corso

È stato nominato dal Giudice Tutelare un **Tutore Legale**?

Sì No Domanda in corso

I sottoscritti si impegnano a presentare richiesta di nomina dell'Amministratore di Sostegno al Giudice Tutelare, secondo le direttive delle **Legge 6 del 9 Gennaio 2004**, e nel rispetto di quanto indicato nella **DGR 3540 del 30.05.2012**.

Si impegnano inoltre a rinnovare la domanda di ricovero ogni 6 mesi: in caso contrario, la stessa verrà annullata.

Firma dell'interessato (obbligatoria se non esistono AdS o Tutore) _____

Firma del Familiare _____ AdS _____
 Tutore _____ Altro (spec.) _____

Estremi

Sig./ra _____
Residenza _____ Telefono _____
Eventuale relazione di parentela _____

Gallarate, _____

TRASFERIMENTO LETTO/SEDIA

- È in grado di alzarsi da solo dal letto e/o dalla sedia
- È in grado di alzarsi, ma sotto il controllo di una persona che dia sicurezza
- È in grado di alzarsi, ma ha bisogno dell'aiuto di una persona per alcuni spostamenti (passaggio da sdraiato a seduto, passaggio da seduto a in piedi...)
- Non è in grado di alzarsi: è necessario l'aiuto di una persona
- Non è in grado di alzarsi: è necessario l'aiuto di due persone o del "sollevatore"

MOBILITÀ

- Cammina e si sposta da solo
- Cammina da solo, ma è necessario l'aiuto di una persona quando deve alzarsi e sedersi
- Cammina e si sposta solo con l'aiuto di una o due persone
- Non è in grado di camminare né di stare in piedi
- È allettato

AUSILI UTILIZZATI (si possono indicare più risposte)

- | | |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nessuno | <input type="checkbox"/> Carrozzina |
| <input type="checkbox"/> Bastone | <input type="checkbox"/> usata per brevi spostamenti in casa |
| <input type="checkbox"/> usato per brevi spostamenti in casa | <input type="checkbox"/> usata per lunghi spostamenti fuori casa |
| <input type="checkbox"/> usato per camminare fuori casa | <input type="checkbox"/> usata sempre |
| <input type="checkbox"/> usato sempre | <input type="checkbox"/> usata in autonomia (si spinge da solo) |
| <input type="checkbox"/> Deambulatore/girello | <input type="checkbox"/> uso non autonomo |
| <input type="checkbox"/> usato per brevi spostamenti in casa | |
| <input type="checkbox"/> usato per camminare fuori casa | |
| <input type="checkbox"/> usato sempre | |

CURA DELLA PERSONA

- Si occupa da solo della propria persona con buoni risultati
- Riesce a prendersi cura della propria persona e/o a collaborare nei gesti più difficili (doccia, igiene intima, igiene orale, rasatura della barba...)
- Riesce a prendersi cura della propria persona e/o a collaborare nella pulizia di mani e viso
- Dipende completamente nella cura del proprio aspetto e dell'igiene personale

ABBIGLIAMENTO

- Si veste da solo senza aiuto
- Necessita di qualche aiuto per indossare alcuni indumenti
- Da solo non è in grado di vestirsi in modo corretto e adeguato
- Non può vestirsi da solo

CONTINENZA VESCICALE

- Continente
- Incontinente uso di pannolone
- catetere

CONTINENZA INTESTINALE

- Continente
- Incontinente uso di pannolone
- stomia

ALIMENTAZIONE

- A tavola mangia da solo ed in modo adeguato
- Mangia da solo anche se in modo poco adeguato
- L'assunzione degli alimenti deve essere facilitata da opportune preparazioni del cibo (tagliato, macinato, frullato...)
- Deve essere imboccato per l'intera durata del pasto
- È portatore di PEG o sondino naso-gastrico

RELAX

- Non ha l'abitudine di riposarsi a letto o in poltrona durante la giornata
- Ogni tanto gradisce un riposino dopo mangiato
- D'abitudine fa un sonnellino dopo mangiato

SONNO (si possono indicare più risposte)

- Dorme tranquillamente secondo ritmi ed orari naturali (a volte spesso sempre)
- Fatica ad addormentarsi e ha un sonno disturbato (a volte spesso sempre)
- Assume farmaci per dormire (a volte spesso sempre)
- Presenta alterazioni del comportamento durante la notte (a volte spesso sempre)

UDITO

- Ci sente bene
- Ha qualche problema di udito
- Ha gravi difficoltà uditive
- È portatore di apparecchio acustico

VISTA

- Ci vede bene
- Ha qualche difficoltà visiva
- Ha un grave deficit visivo
- Porta gli occhiali

ORIENTAMENTO SPAZIALE

- Riconosce sempre il luogo in cui si trova
- A volte ha difficoltà nel riconoscere luoghi e ambienti
- Molto spesso ha difficoltà nel riconoscere luoghi e ambienti
- È completamente disorientato, non è in grado di capire in che luogo si trova

ORIENTAMENTO TEMPORALE

- È perfettamente consapevole dei tempi e momenti della giornata e dell'anno
- Saltuariamente è in difficoltà nel riconoscere giorno e ora, passato e presente
- Frequentemente è in difficoltà nel riconoscere giorno e ora, passato e presente
- È disorientato e non ha consapevolezza del tempo

COMUNICAZIONE

- Si esprime con parole adeguate e comprensibili
- Ha difficoltà ad esprimersi con parole adeguate e comprensibili
- Usa prevalentemente i gesti per comunicare
- Non sa o non può comunicare

COMPORAMENTO

- Si comporta in maniera corretta ed adeguata
 - Si mostra poco socievole e non ama stare in compagnia (a volte spesso sempre)
 - Si mostra triste e demotivato (a volte spesso sempre)
 - Si mostra apatico, indifferente e apparentemente assente (a volte spesso sempre)
 - Si mostra eccessivamente emotivo (piange, si lamenta, si spaventa senza un reale motivo)
(a volte spesso sempre)
 - Si mostra ansioso (a volte spesso sempre)
 - Si mostra ripetitivo (ripete eccessivamente richieste e/o espressioni verbali)
(a volte spesso sempre)
 - Si mostra disinibito (si comporta in maniera inusuale rispetto alle proprie abitudini, educazione e cultura)
 - Si mostra facilmente irritabile (a volte spesso sempre)
 - Si mostra aggressivo con le parole (a volte spesso sempre)
 - Si mostra aggressivo fisicamente (a volte spesso sempre)
 - Si mostra irrequieto (cammina continuamente, ripete gesti senza senso)
(a volte spesso sempre)
- Tendenza alla fuga** Sì No

EMERGENZA COVID-19

Ha contratto l'infezione da Covid-19? SÌ NO Se sì, quando? _____

È vaccinato? SÌ NO

Se sì con quale vaccino? PFIZER MODERNA ASTRA ZENECA

Data 1^a somministrazione _____ Data 2^a somministrazione _____

Data 3^a somministrazione _____ Data 4^a somministrazione _____

Domanda rinnovata il _____ Eventuali note

Domanda rinnovata il _____ Eventuali note

Domanda rinnovata il _____ Eventuali note

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

(Ai sensi del Regolamento UE 679/2016 sul trattamento dei dati personali)

Il **Titolare del Trattamento** è **IL MELO ONLUS Società Cooperativa Sociale**, con sede in Via Magenta 3 GALLARATE VA, P. Iva 01564890125 (di seguito definito “il Titolare”), in persona del legale rappresentante sig.ra Daniela Foglia.

Il **Responsabile della Protezione dei Dati personali (DPO)** è Siges S.r.l, Via Ferrari 21 – 21047 Saronno.

Trattamento. I dati personali vengono trattati nel pieno rispetto del Regolamento UE 679/2016. I dati forniti dall’Utente (di seguito definito “l’Interessato”) saranno utilizzati al solo fine di dar seguito alle sue richieste e saranno trattati da parte di personale incaricato dal Titolare con procedure, strumenti tecnici e informatici idonei a tutelare la riservatezza e la sicurezza dei dati dell’Interessato. Il trattamento dei dati personali dell’Interessato consiste nella raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione, distruzione degli stessi comprese la combinazione di due o più delle attività suddette.

Obblighi contrattuali e obblighi legali. I dati dell’interessato sono trattati per lo svolgimento dei seguenti obblighi:

- 1) Obblighi contrattuali, compresa la comunicazione a istituti bancari e simili, per le attività di riscossione dei pagamenti e per altre attività collegate agli adempimenti contrattuali;
- 2) Obblighi legali, come la fatturazione, tenuta di scritture contabili obbligatorie e registrazioni, comunicazioni alle autorità richiedenti tra cui il sistema TS (Tessera Sanitaria) per la comunicazione delle spese sanitarie per il 730 precompilato.

3) Altri servizi connessi alla permanenza presso la struttura (es: servizi di segreteria, consegna corrispondenza, prenotazione di servizi). I dati richiesti dal Titolare sono obbligatori per la conclusione del contratto ed il mancato conferimento dei dati comporta l’impossibilità per l’Interessato di accedere ai servizi de Il Melo Onlus. Per il trattamento dei dati personali di cui sopra non è richiesto il consenso dell’interessato (art. 6 comma 1, lettera b) e c) del Regolamento).

Sulla base dell’art. 9 comma 1 lett. h del Regolamento non è altresì richiesto il consenso dell’Interessato per il trattamento dei dati particolari (sensibili) poiché necessari per la permanenza in struttura dell’Ospite (con finalità di diagnosi, assistenza o terapia sanitaria, per la gestione di sistemi e servizi sanitari, per eventuale raccolta di immagini utili all’osservazione sanitaria).

Nell’assolvimento degli obblighi di legge è prevista la trasmissione alla Regione Lombardia, per mezzo dell’ATS INSUBRIA, dei dati personali, anche sensibili gestiti per tutto il corso della permanenza dell’utente presso IL MELO. ATS INSUBRIA e IL MELO ONLUS hanno sottoscritto un contratto improntato ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza per la gestione dei dati personali e sensibili degli utenti.

Ulteriori servizi non inclusi negli obblighi contrattuali e legali

è richiesto un esplicito consenso per servizi ulteriori, quali

- 1) la comunicazione a terzi della presenza dell’utente in struttura per la finalità esclusiva di consentire il ricevimento di visite, messaggi e telefonate a indirizzate all’Interessato;
- 2) la riproduzione di immagini e/o fotografie dell’ospite durante lo svolgimento della vita sociale della struttura IL MELO (es: feste, eventi pubblici, momenti di attività ricreative-animative);

Conservazione. I dati saranno conservati per il tempo strettamente necessario a fornire all’Interessato i servizi richiesti e saranno in ogni caso eliminati a seguito di richiesta dell’Interessato, salvi ulteriori obblighi di conservazione previsti dalla legge.

Diffusione e comunicazione. I dati dell’Interessato non saranno diffusi e comunicati a terzi, salvo che per assolvere obblighi contrattuali o di legge o su esplicito consenso dell’Interessato stesso.

Responsabili del trattamento. Nell’ambito della sua attività e per le finalità sopra indicate il Titolare potrà avvalersi di servizi resi da soggetti terzi che operano per conto del Titolare e secondo le sue istruzioni. Tali soggetti sono chiamati **responsabili del trattamento** e possono essere fornitori, consulenti tecnici, altri soggetti analoghi che collaborano con la nostra organizzazione per assolvere gli impegni contrattuali assunti con l’Interessato. Rientrano tra tali soggetti coloro che forniscono un servizio strettamente e necessariamente collegato all’attività del Titolare quali consulenti fiscali, banche, assicurazioni, enti pubblici che posso eseguire ispezioni o verifiche. L’Interessato potrà richiedere un elenco completo e aggiornato dei soggetti nominati responsabili del trattamento rivolgendosi al contatto sotto indicato.

Trasferimento all’interno dell’Unione Europea e extra UE. I dati potranno essere trasferiti all’interno della Unione Europea, ove il Titolare o i suoi fornitori e collaboratori abbiano sede o abbiano i propri server. I dati non saranno trasferiti fuori dalla Unione Europea.

DIRITTI DELL'INTERESSATO:

L'interessato, ha diritto in ogni momento di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso (art. 15 GDPR) e la rettifica (art. 16 GDPR) dei dati che lo riguardano.

Può altresì chiedere la cancellazione dei propri dati (art. 17 GDPR) o la limitazione del trattamento (art. 18 GDPR) o di opporsi al loro trattamento (art. 21 GDPR), oltre al diritto alla portabilità dei dati (art. 20 GDPR).

In caso di rettifica o cancellazione o limitazione dei dati, il Titolare provvede a comunicare le intervenute modifiche ai destinatari cui sono trasmessi i dati (art. 19 GDPR).

In ogni caso, è fatta salva la possibilità per l'Interessato di rivolgersi all'Autorità Garante o di adire l'Autorità giudiziaria.

Contatti:

I dati di contatto del Titolare del trattamento sono i seguenti: Tel.: 0331 776083 –email: info@melo.it

Per contattare il Responsabile della Protezione dei Dati (DPO): e-mail dpo1@sigesgroup.it – tel. 02.967181

AGGIORNATA IL 01/06/2018

Autorizzazione al Trattamento dei Dati (Regolamento EU 2016/679) relativa a

Il sottoscritto (nome) _____ (cognome) _____

in qualità di Interessato Familiare Tutore Curatore Amministratore di sostegno dell'ospite:

informato in data odierna della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali di cui al Regolamento Europeo n. 679 del 2016, letta l'informativa sul trattamento dei dati personali, portato a conoscenza della necessità del conferimento dei dati richiesti e della acquisizione di ulteriori dati nel corso della prestazione:

AUTORIZZA a comunicare a terzi la presenza presso la struttura IL MELO per la finalità esclusiva di consentire il ricevimento di visite, messaggi e telefonate a me indirizzate

SI **NO**

AUTORIZZA a comunicare alle sotto indicate persone i dati particolari (sensibili) relativi al mio stato di salute

SI **NO**

	COGNOME e NOME	SI / NO	RECAPITO TELEFONICO
CONIUGE		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
FIGLI		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ALTRI		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ALTRI		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

AUTORIZZA a esporre o pubblicare, presso la struttura o sul sito internet, opuscoli, manifesti, newsletter, foto o filmati rappresentanti la propria persona scattate nel corso di particolari eventi come cene, feste, attività o gite

SI **NO**

Il termine di conservazione di tali dati coincide con il periodo di permanenza presso la struttura cessato il quale, a meno di obblighi di conservazione di legge, i dati verranno distrutti.

Luogo, data

Firma

.....

In caso di soggetto analfabeta, apporre il segno X nello spazio riservato alla firma. Il familiare o il soggetto accompagnatore deve compilare la parte sottostante.

In caso di soggetto fisicamente impossibilitato alla firma ma capace di intendere e di volere, il familiare o il convivente o in mancanza il medico deve compilare il modulo sottostante

Io sottoscritto (nome) _____ (cognome) _____, recapito telefonico

_____ in qualità di _____,

in relazione alla condizione di analfabetismo impedimento fisico del paziente sopra indicato,

dichiaro di aver assistito alla consegna dell'informativa ed alla manifestazione del consenso da parte del paziente

mediante apposizione del segno X nello spazio riservato alla firma in forma _____

Data.....

Firma

PROFILO SANITARIO SIG./RA _____

Peso kg _____ Altezza cm _____ PA _____ FC _____

CONNOTAZIONI FISIOPATOLOGICHE

NUTRIZIONE

- Sovrappeso
- Malnutrizione
- Deperimento organico
- Cachessia neoplastica

EVACUAZIONE

- Incontinenza urinaria
- Incontinenza fecale
- Stipsi/diarrea

PROFILO METABOLICO

- Intolleranza glicidica
- Dislipidemia
- Iperuricemia
- Ipoproteinemia
- Uremia
- Alterazioni elettrolitiche

DIPENDENZE

- Potus
- Tabagismo
- Bulimia/Anoressia
- Farmacodipendenza

SONNO

- Insonnia non trattata
- Ipnoinduzione

MOVIMENTO

- Sindrome ipocinetica
- Allettamento
- Deficit neuromotori
- Limitazioni apparato locomotore
- Limitazioni cardiorespiratorie
- Protesi e ausili

SENSORIALITÀ

- Ipovisus
- Ipoacusia

CUTE

- Ulcere trofiche
- Infezioni
- Parassitosi

PROFILO PSICOSOCIALE

- Nevrosi d'ansia
- Depressione
- Demenza
- Psicosi
- Epilessia
- TS
- Asocialità

Ha contratto infezione COVID-19? Sì No
Se sì, allegare copia del certificato di guarigione.

VACCINO COVID

- Sì No

Se No, ci sono controindicazioni?

ALLERGIE _____

INTOLLERANZE _____

TERAPIE IN ATTO

OSSIGENOTERAPIA

continuativa

di supporto

O₂ liquido portabile

MEDICAZIONI

continuative

occasionali

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

continuativa

occasionale

MEDICO CURANTE

dott. _____

Tel. _____



NOTE ANAMNESTICHE

in caso di affezioni pregresse o in atto, darne succinto resoconto

Affezioni cardiovascolari No Pregresse In atto _____

Affezioni respiratorie No Pregresse In atto _____

Affezioni dell'apparato digerente No Pregresse In atto _____

Affezioni dell'apparato urogenitale No Pregresse In atto _____

Affezioni del sistema nervoso centrale No Pregresse In atto _____

Diagnosi accertata di Morbo di Alzheimer rilasciata da _____

Patologie del sistema nervoso periferico No Pregresse In atto _____

Esiti neuromotori No Pregressi In atto _____

Patologie muscolo-scheletriche No Pregresse In atto _____

Limitazioni funzionali mioosteoarticolari No Pregresse In atto _____

Malattie endocrino-metaboliche No Pregresse In atto _____

Deficit sensoriali No Pregressi In atto _____

Patologie di altri apparati No Pregresse In atto _____

COMPENSO CLINICO stabilizzato precario

ULTIMO PROFILO EMATOCHIMICO DISPONIBILE IN DATA _____

ULTIMO EVENTUALE RICOVERO OSPEDALIERO IN DATA _____

EVENTUALI CENTRI E/O SERVIZI CLINICI DI RIFERIMENTO _____

INDICAZIONI CLINICHE E SUGGERIMENTI DEL MEDICO CURANTE

compilato in data _____ dal Dott. (timbro e firma) _____

DOCUMENTI NECESSARI PER PRESENTAZIONE DOMANDA DI RICOVERO IN RSA

- Fotocopia **FRONTE e RETRO** nuova TESSERA SANITARIA (Carta regionale dei Servizi)
- Fotocopie TESSERINI per ESENZIONE TICKET (per reddito, patologia, invalidità civile, ecc.)
- Fotocopia Verbale riconoscimento Invalidità Civile (modulo Regione Lombardia), se in possesso
- Fotocopia eventuali valutazioni neurologiche
- Fotocopia CODICE FISCALE
- Fotocopia CARTA IDENTITÀ

INDICARE INOLTRE (dati richiesti dalla Regione Lombardia):

SITUAZIONE ABITATIVA (AL DOMICILIO)

- Vive solo
- Vive con altro/i familiari/convivente
- Vive solo con badante
- Vive con altro/i familiari/convivente e badante
- Vive con altre persone non parenti e non partner
- Informazione non nota

PERCENTUALE INVALIDITA'

- Nessuna
- Tra lo 0 e il 33% compreso
- Tra il 34% e il 45% compresi
- Tra il 46% e il 66% compresi
- Tra il 67% e il 73% compresi
- Tra il 74% e il 99% compresi
- 100%
- Informazione non nota

INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO

- Sì
- No
- Pratica in itinere
- Informazione non nota

TIPO RICHIESTA DI RICOVERO

- Ricovero ordinario
- Ricovero di sollievo

SITUAZIONE ALLA DATA DELLA RILEVAZIONE

- A Domicilio senza alcuna assistenza
- A Domicilio con assistenza domiciliare Sad
- A domicilio con assistenza domiciliare Adi/voucher
socio-sanitario
- A domicilio con frequenza struttura sociale
diurna/semiresidenziale
- A domicilio con frequenza struttura socio-sanitaria
diurna/semiresidenziale
- Ricoverato in struttura sanitaria per acuti
- Ricoverato in struttura per cure intermedie
- Ricoverato in struttura di riabilitazione territoriale
- Ospite nella stessa Rsa su pl non contrattualizzato
- Ospite in altra Rsa su pl non contrattualizzato
- Ospite in altra Rsa su pl a contratto
- Ospite in struttura sociale
- Ospite in altra tipologia di struttura socio-sanitaria
- Informazione non nota

TITOLARE DI...

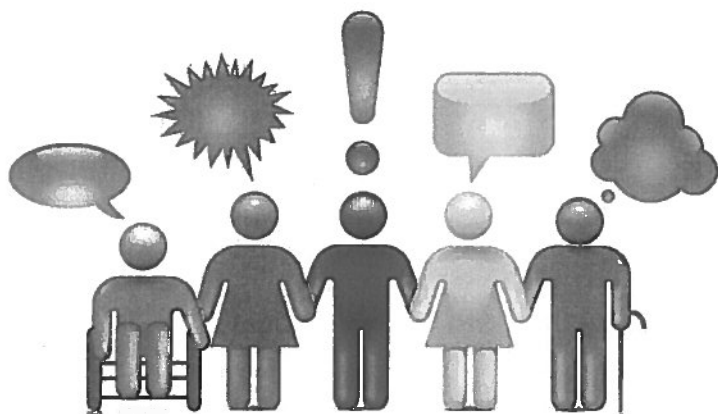
- Nessuna pensione
- Pensione anzianità/vecchiaia
- Pensione sociale
- Pensione di reversibilità
- Invalidità (se minore di 65 anni)
- Altre (guerra, infortunio sul lavoro, ecc.)

TITOLO DI STUDIO

- Nessun titolo (analfabeta)
- Licenza elementare
- Licenza di scuola media inferiore o avviamento
- Scuola professionale
- Diploma di scuola superiore
- Laurea

POSIZIONE PROFESSIONALE

- Pensionato – ha svolto lavoro dipendente
- Pensionato – ha svolto lavoro autonomo
- Non ha mai lavorato (casalinga)



UPT

UFFICIO PUBBLICA TUTELA

L'Ufficio di Pubblica Tutela (UPT) è un ufficio autonomo ed indipendente istituito dalle Agenzie di Tutela della Salute (ATS, ex ASL) e definito dalla Regione Lombardia, con DGR numero 10884 del 23 dicembre 2009, come lo strumento di tutela delle persone che intendono usufruire delle prestazioni erogate dai servizi delle ATS e delle strutture sanitarie private e socio-sanitarie accreditate.

UPT interviene perché siano resi effettivi e fruibili i **diritti degli utenti** previsti dalla legislazione nazionale e regionale verificando, inoltre, che siano rispettate le condizioni stabilite nelle Carte dei Servizi.

A tale scopo l'UPT:

- **Verifica** lo stato d'implementazione, attuazione, diffusione delle Carte dei Servizi;
- **Controlla** i servizi e compie controlli sulle prestazioni erogate, per gli aspetti riguardanti l'informazione e l'umanizzazione delle prestazioni;
- **Interviene** affinché si realizzi un accesso informato ai servizi;
- È in stretto collegamento con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) di ATS e l'Ufficio di Protezione Giuridica (UPG).

Tutti i cittadini possono inoltrare reclami per segnalare disservizi, criticità o limitazioni nella fruizione delle prestazioni

L'ufficio di Pubblica Tutela ha sede in **Via O. Rossi, 9 - Varese**

Per chiedere l'intervento e/o un incontro con il Responsabile:

Tel. 0332 277 544 / e-mail: pubblicatutela@ats-insubria.it

chiamare dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 10.00

oppure lasciare un messaggio in segreteria.

Responsabile: Luca Croci

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Insubria