

Fondazione O.P. Delbarba Maselli Dandolo onlus

Via Cairoli n. 29 -25030 Adro Bs Tel. 030/7356631 - fax 030/7457126

E. mail: [ospiti@fondazioneandolo.it](mailto:ospiti@fondazioneandolo.it)

## Domanda di inserimento in RSA "posto di sollievo"

### Generalità della persona che richiede di essere accolta in R.S.A.

Cognome e nome \_\_\_\_\_

sesto M  F

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

tessera sanitaria \_\_\_\_\_ tessera esenzione ticket \_\_\_\_\_

stato civile =  celibe/nubile  coniugato  separato  divorziato  vedovo

### dati sociali

assegno di accompagnamento (si)-(no)      percepisce la pensione  si  no

titolo di studio \_\_\_\_\_

professione all'ingresso in struttura \_\_\_\_\_

### qualifica e generalità della persona che presenta la domanda

il sottoscritto in qualità di :  soggetto direttamente interessato  familiare di

riferimento  funzionario Comunale  amministratore di sostegno  tutore

assistente familiare (badante)

Cognome e nome \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_

***motivo della domanda***

- persona non autonoma    vive da solo    alloggio non idoneo    difficoltà familiari  
 altro \_\_\_\_\_

***urgenza del ricovero***

- estrema    ordinaria    inserimento in lista di attesa a scopo preventivo

***La persona attualmente vive presso :***

- abitazione    propria    di terzi (specificarne la proprietà ) \_\_\_\_\_
- ospedale (specificare) \_\_\_\_\_
- Istituto di riabilitazione (specificare) \_\_\_\_\_
- R.S.A. (specificare) \_\_\_\_\_
- Struttura psichiatrica (specificare) \_\_\_\_\_
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, dichiara che la domanda è stata redatta con il consenso dell'interessato e che, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta. Si impegna inoltre a comunicare alla RSA l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso ecc.).

**Firma del richiedente** \_\_\_\_\_

**data** \_\_\_\_\_

## Informazioni sull'autonomia della persona

### ***La persona è capace di spostarsi autonomamente dal letto alla sedi e viceversa?***

- no, non è in grado. Richiede la completa assistenza da 2 persone.
- E' necessaria la completa assistenza di una persona per tutte le fasi della manovra.
- Per una o più fasi del trasferimento è necessaria l'assistenza di una persona.
- Occorre la presenza di una persona, ma solo per infondere fiducia o garantire sicurezza.
- E' completamente autonoma.

### ***La persona è in grado di camminare da solo almeno per 50 metri?***

- no, non è in grado.
- E' in grado ma è necessaria la presenza costante di una o più persone.
- Serve aiuto, ma solo per raggiungere il bastone o altri ausili.
- E' necessaria una supervisione che garantisca fiducia o sicurezza di fronte a situazioni pericolose.
- Si percorre almeno 50 metri senza aiuto o supervisione(non importa se con il bastone o un altro ausilio).

### ***Se non cammina, è in grado di manovrare da solo la sedia a rotelle?***

- no, non è in grado.
- Si ma solo per brevi tratti e su superficie piana.
- Serve aiuto solo per accostarsi al tavolo o al letto.
- Serve aiuto solo negli spazi più angusti .
- E' totalmente autonoma.

### ***La persona è in grado di provvedere da sola alla propria igiene?***

- no, non è in grado, è completamente dipendente dagli altri.
- E' necessario aiutarlo in tutte le fasi dell'igiene personale.
- E' necessario aiutarlo solo in alcune fasi dell'igiene personale.
- E' in grado, ma richiede solo un minimo di assistenza prima o dopo l'operazione da eseguire.
- E' completamente autonoma.

### ***La persona è in grado di alimentarsi autonomamente?***

- no, non è in grado. Va imboccata o è nutrita per altre vie (nutrizione enterale o parentale).
- Riesce a manipolare una posata, ma è necessaria assistenza attiva per tutto il pasto.
- Serve assistenza per gli atti più complicati, come versare il latte o lo zucchero nel the, aggiungere sale o pepe, imburrire, rovesciare un piatto.
- Serve aiuto solo per tagliare la carne, aprire un cartone di latte, maneggiare coperchi di barattoli.
- E' completamente autonoma.

### ***La persona è confusa?***

- Si, le capacità di pensiero sono completamente destrutturate.
- Appare chiaramente confusa e non si comporta, in alcune situazioni come dovrebbe.
- Appare incerta e dubbiosa, ma sembra ancora orientata nel tempo e nello spazio.
- La persona è in grado di pensare chiaramente e ha contatti normali con l'ambiente.

### ***La persona è particolarmente irritabile?***

- Si, sempre.
- Si irrita facilmente, ma anche in occasioni o per stimoli che non dovrebbero essere provocatori.
- Si irrita solo se provocato e se gli vengono rivolte domande indiscrete.
- No è sempre calma.

**La persona è fisicamente irrequieta?**

- Sì, è incapace di stare ferma anche per brevi periodi di tempo o cammina incessantemente.
- E' molto irrequieta: non riesce a stare seduta contorce le mani, tocca in continuazione gli oggetti a portata di mano.
- Si agita, gesticola, ha difficoltà nel mantenere fermi mani e piedi e tocca continuamente vari oggetti.
- La persona non mostra alcun segno di irrequietezza motoria.

## Altre informazioni sociali

**Autonomia nelle attività strumentali**

	autonomo	riceve aiuto	non in grado	
1 Uso del telefono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 Fare acquisti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 Cucinare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 Pulizia della casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 Fare il bucato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6 Spostarsi con i mezzi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7 Assumere farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8 Maneggiare denaro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1 L'anziano esce di casa?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> (accompagnato)

**Altre notizie utili al ricovero**

---

Informativa sulla Privacy : Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, la informiamo che la nostra organizzazione ha improntato le proprie attività in modo da offrire la massima tutela dei suoi dati personali, che lei ci fornisce o di cui comunque venissimo a conoscenza. Si tratta dei dati necessari per la gestione della sua domanda di ricovero e per dar corso all'ammissione presso una RSA, è necessario che i soggetti gestori delle RSA per le quali è presentata la domanda conoscano i dati personali del richiedente l'ammissione e i dati personali riguardanti i familiari o le persone a cui fare riferimento per la tutela dello stesso. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma le precisiamo al riguardo che il mancato consenso al trattamento o il mancato conferimento di alcuni dati potrebbe rendere impossibile il proseguimento del servizio che le viene prestato e la sua permanenza nella nostra struttura. La natura del conferimento dei dati non è obbligatoria, ricordiamo tuttavia che la procedura di accoglienza in RSA non può prescindere dall'acquisizione di tutti i dati relativi al richiedente l'ammissione ritenuti utili.

**Pertanto in mancanza del conferimento di dati, la domanda di ammissione in RSA non può essere accolta.**

Consideri che i suoi dati saranno utilizzati esclusivamente in funzione della diretta finalità :

- Oltre al personale della Fondazione, potranno avere accesso ad alcuni dei dati anche persone prestanto la loro opera presso la nostra struttura, anche in base a contratti della Fondazione con altri soggetti di cui ci avvaliamo per taluni servizi,
- i dati potranno essere da noi trasmessi a ATS, medici, consulenti e società di consulenza, enti locali ed altri Enti Pubblici e del privato sociale, società di assicurazione, enti previdenziali ed assistenziali. Sarà nostra cura limitare la trasmissione ai soli dati effettivamente necessari per la gestione del rapporto,

- informazioni, comprese quelle sul suo stato di salute, potranno essere fornite ai suoi familiari o a persone di riferimento, salvo espresso diniego,
- i dati sanitari relativi alle prestazioni che riceverà dalla Fondazione potranno essere messi a disposizione per il loro eventuale utilizzo nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) nell'ambito del progetto CSR-SISS della Regione Lombardia.

I dati forniti saranno conservati per tutta la durata del rapporto instaurato e comunque quantomeno per i tempi minimi richiesti dalle normative di legge di riferimento. La conservazione dei dati sanitari è sottoposta alle leggi dello Stato in materia. Allo stato attuale la conservazione è illimitata. I dati di diversa natura, fatti salvi gli eventuali obblighi di legge, verranno conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati. In ogni momento lei potrà chiedere, fermo restando quanto sopra detto in riferimento al mancato consenso, di esercitare i suoi diritti, compresi l'accesso ai dati personali trattati, la richiesta di procedere alla loro rettifica o cancellazione, alla limitazione del trattamento, nonché quello di proporre reclamo al Garante della Privacy.

Titolare del trattamento è FONDAZIONE O.P. DELBARBA MASELLI DANDOLO ONLUS, con i seguenti contatti:

•Sede: Adro in via Cairoli, 29 •Telefono: 030/7356631 •Mail: [personale@fondazioneandolo.it](mailto:personale@fondazioneandolo.it) - Il responsabile per la protezione dei dati è contattabile a mezzo e-mail al seguente indirizzo [dpo@fondazioneandolo.it](mailto:dpo@fondazioneandolo.it)

Il Titolare del trattamento

\_\_\_\_\_ (timbro azienda e firma Legale Rappresentante)

**Oggetto: Consenso al trattamento dei dati personali-**

Io sottoscritto (nome e cognome) \_\_\_\_\_

*Compilare se il consenso non è firmato dall'interessato ma da un familiare/tutore:*

in qualità di \_\_\_\_\_ (specificare: tutore, coniuge, figlio, fratello, ecc.)

del/della sig/sig.ra \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art. 7 del Regolamento UE 2016/679, avendo ricevuto tutte le informazioni contenute nell'informativa riprodotta in calce, che mi è stata consegnata, **esprimo il pieno e libero consenso al trattamento dei miei dati personali per le finalità e con le modalità e i limiti descritti nell'informativa.** Consapevole delle disposizioni Regionali in ordine all'entrata in RSA (solo per gli ospiti accreditati ATS), esprimo il mio consenso per il passaggio ai medici della struttura e alla cura da parte degli stessi. Sono a conoscenza del fatto che, con il consenso che presto alla FONDAZIONE O.P. DELBARBA MASELLI DANDOLO ONLUS, la stessa potrebbe mettere a disposizione i dati sanitari relativi alle prestazioni sanitarie che ricevo, per il loro eventuale utilizzo nel mio FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico). Sono altresì a conoscenza del fatto che sia la comunicazione al mio medico di base (solo per ospiti non accreditati) dell'evento sanitario che mi sta riguardando, sia l'utilizzo dei dati sanitari, tramite il mio FSE, potranno avere luogo solamente qualora io abbia espresso il relativo specifico consenso, così come richiesto e precisato nel documento "Trattamento dei dati personali in ambito CRS-SISS" che la Regione Lombardia ha fornito e ampiamente divulgato.

data \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_