

**Modulo di richiesta ricovero in R.S.A. (Residenza Sanitario Assistenziale)**

Attestazione di Ricevimento	Preferenze per il ricovero nelle RSA
(spazio per timbro di ricevuta, data e sigla operatore)	<input type="checkbox"/> "ZONCADA" – Borghetto Lodigiano <input type="checkbox"/> "VITTADINI" – Casalpusterlengo <input type="checkbox"/> "MILANI" – Castiglione d'Adda <input type="checkbox"/> "O.P.R. CODOGNO" – Codogno <input type="checkbox"/> "S. TERESA" – Livraga (solo femminile) <input type="checkbox"/> "S. CHIARA" – Lodi (*) <input type="checkbox"/> "S. SAVINA" – Lodi (solo femminile) <input type="checkbox"/> "MONS. TRABATTONI" – Maleo <input type="checkbox"/> "CORAZZA" – Maleo <input type="checkbox"/> "VALSASINO" – S. Colombano (*) <input type="checkbox"/> "S. CABRINI" – S. Angelo Lod.no <input type="checkbox"/> "GROSSI" – Senna Lod.na <input type="checkbox"/> "VIGONI" – Somaglia
<p><b>NOTE di compilazione →</b></p> <p>Indicare la preferenza inserendo nelle caselle a fianco della RSA un numero (01 - 02 ... 13) in ordine di scelta (anche la stessa preferenza a più RSA a pari merito) oppure due XX se si scelgono tutte (e in tutte le caselle)</p>	

**(\*) privilegiano ricoveri di casi clinicamente gravi**

***Generalità dell'Interessato/a (soggetto per cui si chiede il ricovero)***

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ M  F

Stato Civile \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_ ASL Residenza \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tessera Sanitaria \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Al momento della domanda il paziente si trova :**

casa  struttura (IDR, struttura privata...)

ospedale ..... reparto: .....

**Medico Medicina Generale Dott.** \_\_\_\_\_

**Persona/e di riferimento:**

-----  
-----  
-----

grado di parentela

cognome

nome

telefono



**Il soggetto attualmente usufruisce di :**

- Servizi Sociali Territoriali (SAD, Telesoccorso, pasti...)
- Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI, Voucher)
- Centro Diurno Integrato
- Badante (  a tempo pieno       a tempo parziale)

**URGENTE**                       **SI**                       **NO**

**NOTE da SEGNALARE** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, dichiara sotto la propria responsabilità:  
-Che il soggetto per cui è fatta richiesta di ricovero è nato/a in data e luogo sopra riportati;  
-Che il soggetto per cui è fatta richiesta di ricovero è residente nel luogo sopra riportato;

**Soggetti che si faranno carico delle spese di degenza**

- Direttamente **il richiedente**
- Il Comune** di residenza     SI completamente     Parzialmente (non contributo)     NO

ha già richiesto l'impegnativa del Comune                       SI                       NO

Impegnativa comunale del \_\_\_\_\_

Richiesta da presentare

Richiesta presentata il \_\_\_\_\_

- I familiari** obbligati per legge al pagamento della retta (elencare)

• Nome ..... Cognome ..... parentela .....  
Indirizzo ..... tel. ....

• Nome ..... Cognome ..... parentela .....  
Indirizzo ..... tel. ....

• Nome ..... Cognome ..... parentela .....  
Indirizzo ..... tel. ....



Residenze  
Sanitario  
Assistenziali  
Accreditate

Allega la seguente documentazione:

- 1.scheda situazione economica (compilare l'allegato A)
- 2.scheda sanitaria (compilare allegato B da parte del medico curante)

Cognome e Nome richiedente \_\_\_\_\_  
Interessato ovvero familiare o tutore o altro se diverso dall'interessato

Data, \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**IL/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali possano essere trattati, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003, per gli adempimenti connessi alla presente richiesta.**

Data, \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

La presente richiesta è stata ricevuta da:

\_\_\_\_\_  
(nome e cognome operatore)



## ALLEGATO A

Dati del soggetto per cui è richiesto il ricovero

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

### Situazione economica del soggetto di cui si chiede il ricovero in RSA

#### Pensione

- INPS cat. VO vecchiaia n. ....
- INPS cat. IO invalidità n. ....
- INPS cat. SO reversibilità n. ....
- INPS cat. PS sociale n. ....
- Stato (INPDAP, Ministero Tesoro, ecc.) n. ....
- Invalidità civile n. ....
- Indennità accompagnamento n. ....
- Altro .....

#### **Accertamento invalidità civile (barrare la casella che interessa)**

- In corso .....
- Accertata di grado .....%
- Domanda non presentata

### Autorizzazioni

Con la presente, ad ogni effetto di Legge, il firmatario, in relazione alla domanda di ricovero del suindicato soggetto:

#### **AUTORIZZA**

- a rendere note al pubblico eventuali immagini fotografiche e/o audiovisive del medesimo, nell'ambito delle iniziative volte ad illustrare l'attività della RSA;
- a sottoporre il medesimo alle terapie riabilitative ritenute idonee dalla Direzione Medica;

#### **DICHIARA**

- Di essere a conoscenza di dover informare la Struttura di ricovero di tutte le patologie, allergie, intolleranze, abitudini particolari, problemi comportamentali relativi al soggetto per cui si richiede il ricovero;
- di accettare che sin dal momento del ricovero, ed in ogni altro momento, il soggetto venga sottoposto a visite, esami, accertamenti diagnostici e/o strumentali, ritenuti idonee alla tutela della salute dell'interessato;
- di accettare che le terapie farmacologiche, visite, richieste di ricovero ospedaliero, visite, accertamenti diagnostici e/o strumentali, dipendono dal Responsabile Medico della struttura o Suo medico delegato, in relazione ad ogni aspetto medico, igienico, sanitario, alimentare o comunque riferibile alla salute del soggetto.

Generalità del soggetto compilatore: **Cognome e Nome** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**ALLEGATO B**

**SCHEDA DI VALUTAZIONE CLINICO - FUNZIONALE DI PRE - INGRESSO**

*Da compilarsi a cura del medico curante*

**TIPOLOGIA DEL RICOVERO:**       R.S.A.       NUCLEO ALZHEIMER       TEMPORANEO

Cognome e nome \_\_\_\_\_ sesso  M     F

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

Medico Curante Dott. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Data della valutazione \_\_\_\_\_ disponibile ad entrare dal \_\_\_\_\_

<b>INDICI FUNZIONALI</b>				
	<b>autonomo</b>	<b>con supervisione</b>	<b>con aiuto</b>	<b>totale dipendenza</b>
Trasferimenti letto/sedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deambulazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Locomozione su sedia a rotelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Igiene personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>INDICI COGNITIVI</b>				
	<b>assente</b>	<b>lieve</b>	<b>moderata</b>	<b>grave</b>
Confusione/orientamento spazio temporale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irrequietezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vagabondaggio afinalistico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allucinazioni (visive e/o uditive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressività (verbale e/o fisica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inversione ritmo sonno/veglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Patologie psichiatrico – comportamentali</b>				
Nel caso di qualsiasi tipo di demenza deve essere allegata idonea documentazione sanitaria di struttura pubblica (unità di Valutazione Alzheimer, ambulatorio di neurologia, psichiatria, geriatria) da cui si evinca l'assenza di disturbi del comportamento o l'eventuale necessità all'inserimento nel Nucleo Alzheimer.				
<b>Diagnosi:</b>				
<b>Valutazione sintetica della gravità del disturbo cognitivo e comportamentale</b>				
<input type="checkbox"/> nessuna o lieve compromissione		<input type="checkbox"/> moderata compromissione		<input type="checkbox"/> grave compromissione
<b>ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA</b>				
_____				
_____				
_____				
_____				
_____				

PROFILI DI GRAVITA'			
<b>Lesioni cutanee dal II° stadio in poi</b>		classificazione NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel)	
<input type="checkbox"/> da pressione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>Sede</b> _____
<input type="checkbox"/> vascolari	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>Sede</b> _____
<b>Cadute negli ultimi sei mesi</b> (anche senza conseguenze)		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Numero delle cadute</b>			
<b>Ausili per il movimento</b>		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Bastone / deambulatore		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Carrozzina		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Gestione incontinenza</b>		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Pannolone / catetere esterno		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Catetere vescicale a permanenza		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ano artificiale		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Stomia</b>	<input type="checkbox"/> ureterostomia	<input type="checkbox"/> colostomia	<input type="checkbox"/> tracheotomia
<b>Gestione diabete</b>		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Solo dieta		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Antidiabetici orali		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Insulina		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Alimentazione artificiale</b>		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
S.N.G. (sondino naso gastrico)		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
P.E.G.		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
N.P.T. (nutrizione parenterale totale)		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Insufficienza respiratoria</b>		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
O <sub>2</sub> al bisogno		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
O <sub>2</sub> costante		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Dialisi</b>		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dialisi peritoneale		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dialisi extracorporea		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Allergie Farmaci</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Quali	
<b>Allergie Alimenti</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Quali	
TERAPIA FARMACOLOGICA			
_____			
_____			
_____			
DIAGNOSI			
_____			
_____			
_____			
_____			

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico

\_\_\_\_\_

## INFORMATIVA AI SENSI DEL Dlgs 196/2003 "Codice Privacy" (da staccare e trattenere a cura dell'interessato)

Le rendiamo noto che i dati personali da Lei forniti per sé ovvero per il soggetto di cui Ella esercita potestà parentale/tutela/curatela, o acquisiti nel contesto della nostra attività potranno subire i trattamenti elencati dal Dlgs 196/2003 denominato "Codice in materia di protezione dei dati personali", ovvero: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione. Non avverrà la diffusione dei dati se non in forma anonima e non riconducibile al soggetto. Tali trattamenti verranno eseguiti nel rispetto degli adempimenti previsti dalla citata Legge.

Titolare dei dati personali contestualmente la A.S.L. della provincia di Lodi e le RSA accreditate facenti capo al programma SILA. I Responsabili del trattamento sono indicati nelle apposite sezioni all'indirizzo internet [www.rsalodigiano.it](http://www.rsalodigiano.it). I dati sono raccolti c/o di Lei, ovvero c/o la A.S.L., Medico di Famiglia, Comune di Residenza ovvero altra RSA o struttura sanitaria che può fornire dati necessari al ricovero ed alla miglior tutela della sua salute e condizione socio-assistenziale. La raccolta dei dati avviene quale "finalità di rilevante interesse pubblico" ex art. 85 del Codice, in quanto la RSA è accreditata e convenzionata con il Servizio sanitario Nazionale a mezzo della ASL di pertinenza e pertanto finalizzata alla prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e tutela della salute dei soggetti assistiti.

La informiamo che i dati da Lei conferiti hanno natura obbligatoria e che il Suo eventuale rifiuto al conferimento a tale autorizzazione al trattamento o alla comunicazione potrà determinare la rescissione del rapporto ovvero l'impossibilità del suo instaurarsi. Le finalità del trattamento cui i Suoi dati potranno venire sottoposti sono relative alle attività specifiche del ns. servizio e possono comprendere: 1) assunzione di dati per necessità contrattuali e/o precontrattuali; 2) adempimenti e obblighi di legge; 3) esecuzione delle disposizioni degli organi di vigilanza (sanitario - assistenziale - economico fiscale ecc.), 4) necessità operative e di gestione interna; 5) finalità di tutela della salute; 6) scopi di statistica e di ricerca (con trattamento anonimo); 7) necessità di programmazione interna, territoriale regionale e nazionale, sia da parte dell'Ente che degli E.R. - Regione - Ministeri competenti; 8) scambio di informazione con altri servizi del comparto socio - sanitario e/o assistenziale (ad esempio ricovero in Ospedale ovvero trasferimento ad altro servizio); 9) adempimenti relativi a rendicontazioni sia di carattere economico che socio - sanitario - assistenziale con i Comuni di Residenza, ASL, Regione ecc..

Il trattamento dei dati in oggetto sarà eseguito anche mediante l'uso di strumenti automatizzati atti a collegarli secondo categorie, variabili a seconda delle diverse situazioni e necessità, anche a dati riferibili ad altri soggetti.

Tale trattamento sarà comunque svolto nel rispetto delle misure minime di sicurezza, facendo uso di mezzi che ne prevengano il rischio di perdita o distruzione, anche accidentale, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito.

I dati saranno posti a conoscenza del Titolare, del Responsabile e degli incaricati, ricompresi nelle categorie dei Responsabili di Unità Operativa, per quanto di loro competenza, delle Direzioni Mediche e Sociali, delle Amministrazioni (protocollo, Uff. Utenza, Uff. Ragioneria, Economato ecc), del personale Infermieristico, di riabilitazione e di assistenza, del personale di animazione e delle Direzioni Generali.

La informiamo inoltre che i dati a Lei riferibili potranno venire trasmessi a quei soggetti cui disposizioni di legge danno facoltà di accesso, o a quei soggetti, il trasferimento ai quali si renda necessario al fine dello svolgimento della nostra attività o dell'offerta dei servizi da Lei richiesti (ad es. A.S.L., A. O., I.D.R. e strutture sanitarie in genere, altre RSA del territorio ecc.). La nostra società può far eseguire per suo conto i trattamenti di cui sopra (sempre nel rispetto delle suddette misure di sicurezza e

riservatezza) da Società o Enti che offrano specifici servizi di elaborazione dati e/o da Società o Enti pubblici e privati la cui attività sia connessa, strumentale o di supporto a quella della ns. società o a quelle relative all'offerta dei servizi a Lei riferiti. L'elenco di tali società o enti, tempestivamente aggiornato, si trova presso la nostra sede ed è a Sua disposizione per la visione.

Il citato Codice (Dlgs 196/2003) stabilisce inoltre diritti che Lei potrà esercitare in merito al trattamento dei dati che La riguardano. Tali diritti vengono riportati di seguito nella presente informativa:

*(Diritti dell'interessato)* - L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelleggibile. L'Interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:

dell'origine dei dati personali;

delle finalità e delle modalità del trattamento;

della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;

degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante eventualmente designato ai sensi dell'art. 5 comma2;

dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati;

L'interessato ha diritto di ottenere:

l'aggiornamento, la rettificazione, ovvero quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;

la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;

l'attestazione che le operazioni di cui ai precedenti due punti sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

L'interessato ha diritto di opporsi in tutto o in parte:

per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorchè pertinenti allo scopo di raccolta;

al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o comunicazione commerciale;

le conseguenze di un eventuale rifiuto di rispondere;

i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, e l'ambito di diffusione dei medesimi;

i diritti di cui all'art 7 (presente parte dell'informativa)

gli estremi identificativi del titolare e, se designati, del rappresentante nel territorio dello Stato e del responsabile.