



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 CITTA' 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

Informativa art 13 Codice in materia di protezione dei dati personali

Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196

Titolare del trattamento

Titolare del trattamento è la Fondazione "CASA DI RIPOSO CITTÀ DI TIRANO ONLUS", Via G.Bertacchi, 6 23037 Tirano

Responsabili dei trattamenti

I Responsabili dei trattamenti della Fondazione "CASA DI RIPOSO CITTÀ DI TIRANO ONLUS" sono indicati in calce alla presente ed in un elenco disponibile presso la sede che all'occorrenza sarà aggiornato.

Finalità del trattamento dei dati

I dati personali sono trattati nell'ambito della attività sia amministrativa sia sanitaria. In particolare i dati idonei a rivelare lo stato di 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.

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).

Categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati

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 (laboratori di analisi esterni, ASL, ASO, presidi ed altre strutture) nel rispetto delle misure di sicurezza di cui al D. Lgs. 196/2003. I dati personali non sono in alcun modo diffusi.

Necessità del Conferimento dei dati

Il conferimento dei suddetti dati personali è necessario ai fini dell'erogazione delle prestazioni da parte della Fondazione "CASA DI RIPOSO CITTÀ DI TIRANO ONLUS"; l'eventuale rifiuto comporta pertanto l'impossibilità di fornire le prestazioni medesime.

Visite agli Ospiti

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

Diritti dell'interessato di cui al D. Lgs. 196/2003 Articolo 7 - Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

1. 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 intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a. dell'origine dei dati personali;
 - b. delle finalità e modalità del trattamento;
 - c. della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d. degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - e. 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.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a. l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse l'integrazione dei dati;
 - b. 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;
 - c. l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) 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.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a. per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b. 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 di comunicazione commerciale.

Titolare e Responsabili

Titolare del trattamento dei dati	Fondazione "CASA DI RIPOSO CITTÀ DI TIRANO ONLUS" nella persona del Legale Rappresentante
Responsabili del trattamento dei dati	Il Direttore Generale
Ufficio per Diritto Accesso Dati Personali	Il Direttore Generale

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il/la sottoscritto/a _____ in
conformità a quanto disposto dal D. Lgs. 30/06/2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei
dati personali", 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@rta.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 dell'ASL 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 ed 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.

SIG.

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

- 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, emic, emorroidi)
 3 **MODERATO:** la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività. Il trattamento è necessario, la prognosi è buona (es. acolelitiasi, 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 - <i>solo cuore</i> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
2	Iperensione - <i>si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente</i> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
3	Patologie vascolari - <i>sangue, vasi, midollo, sistema linfatico</i> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
4	Patologie respiratorie - <i>polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe</i> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
5	O.O.N.G.L. - <i>occhio, orecchio, naso, gola, laringe</i> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
6	Apparato G.I. superiore - <i>esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas</i> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
7	Apparato G.I. inferiore - <i>intestino, ernie</i> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
8	Patologie epatiche - <i>solo fegato</i> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
9	Patologie renali - <i>solo rene</i> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
10	Altre patologie genito-urinarie - <i>ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali</i> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
11	Sistema muscolo scheletrico - <i>cute - muscoli, scheletro, tegumenti</i> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
12	Patologie sistema nervoso centrale e periferico - <i>non include la demenza</i> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
13	Patologie endocrine - <i>metaboliche - include diabete, infezioni, stati tossici</i> Diagnosi _____	1	2	3	4	5
14	Patologie psichiatriche - <i>comportamentali - demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi</i> Diagnosi _____	1	2	3	4	5

TERAPIE SIGNIFICATIVE IN ATTO: _____

ULTERIORI ELEMENTI DI INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO:

Neoplasia maligna	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
AIDS	<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
<u>Esiti:</u>	<input type="checkbox"/> afasia	<input type="checkbox"/> disfasia <input type="checkbox"/> emi <input type="checkbox"/> para <input type="checkbox"/> tetra
	<input type="checkbox"/> paresi	<input type="checkbox"/> plegia
Trauma/intervento chirurgico	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> fratture femore <input type="checkbox"/> altre fratture <input type="checkbox"/> protesi anca
		<input type="checkbox"/> interventi chirurgici <input type="checkbox"/> altro
Lesioni da decubito	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dipendenza	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> alcool <input type="checkbox"/> stupefacenti <input type="checkbox"/> altro

VALUTAZIONE AUTOSUFFICIENZA:

FUNZIONE	INDIPENDENTE	CON AIUTO	DIPENDENTE
CAMMINARE IN PIANO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SALIRE E SCENDERE LE SCALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SPOSTARSI DALLA SEDIA AL LETTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEDERSI ED ALZARSI DAL WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTROLLO DELLA MINZIONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MANGIARE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VESTIRSI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOILETTE PERSONALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FARE IL BAGNO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASPETTI PSICOSENSORIALI	INTEGRA	LIMITATA	ASSENTE
CAPACITA' DI AUTOGOVERNO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAPACITA' DI COMUNICARE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VISTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UDITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ASSENTI	LIEVI	GRAVI
DISTURBI DI COMPORTAMENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BREVE VALUTAZIONE SANITARIA _____

data _____

timbro e firma del medico _____