

FONDAZIONE IN PARTECIPAZIONE CASA DI RIPOSO
VILLA DEL SORRISO ETS

DOMANDA DI SOGGIORNO

MINI ALLOGGI PROTETTI (MAP) "REIT"



INDICE

1.DOMANDA DI SOGGIORNO	3
1.1 Dati del cliente	3
1.2 Dati della persona Terza richiedente a nome del cliente	3
1.3 Tipologia di Soggiorno Richiesta	3
1.3 Motivazione della richiesta	4
1.4 Documenti allegati	4
2.CERTIFICAZIONE SANITARIA	5
2.1. Quadro clinico generale	5
2.2. Terapia farmacologica in atto	5
2.3. Allergie/Intolleranze.....	5
2.4. Capacità motorie e Ausili Utilizzati	5
2.5. Stato Cognitivo.....	6
3. VALUTAZIONE D'IDONEITA' E CRITERI DI ESCLUSIONE.....	7
3.1. Non sono compatibili con il servizio MAP le persone che presentano:	7
3.2. Mantenimento dei requisiti di permanenza:	7
4. INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI	8
4.1 Consenso al trattamento dei dati personali e di categorie particolari di dati.....	8
4.2 Consenso al trattamento dei dati personali e di categorie particolari di dati.....	8
5. DICHIARAZIONE DELL'UTENTE/ FAMILIARE/ ADS	9

1. DOMANDA DI SOGGIORNO

1.1 Dati del cliente

Cognome e Nome		
Nato a		
Nato il		
Codice Fiscale		
Residente in Via		
Comune		
Provincia		
Telefono		
E-mail		
Stato Civile	☐ Civile/Nubile	☐ Vedovo/a
	☐ Coniugato/a	☐ Separato/a

1.2 Dati della persona Terza richiedente a nome del cliente

Cognome e Nome	
Grado di parentela	
Codice Fiscale	
Telefono	
E-mail	

1.3 Tipologia di Soggiorno Richiesta

Durata prevista	☐ Inferiore a 3 mesi
	☐ Maggiore a 3 mesi
Periodo specifico	Dal _____ Al _____

Tipologia di utilizzo dell'alloggio	☐ Alloggio ad uso singolo
	☐ Alloggio ad uso doppio con conoscente/coniugi Nome del conoscente:
	☐ Alloggio ad uso doppio non conoscente

1.3 Motivazione della richiesta

Ragioni/Motivazioni per la richiesta del servizio	☐ Alloggio sicuro per un periodo breve “vacanziero”
	☐ Alloggio sicuro che sia vicino ai parenti ma in cui si possa mantenere la propria autonomia in modo permanente
	☐ Supporto alla vita quotidiana
	☐ Ambiente privo di barriere architettoniche
	☐ Possibilità di socializzazione
	☐ Sicurezza del luogo e delle figure sanitarie vicine

1.4 Documenti allegati

Si richiede copia dei seguenti documenti:

- Carta d'identità
- Tessera sanitaria

2.CERTIFICAZIONE SANITARIA

Si richiede che la certificazione sia compilata da medico curante.

2.1. Quadro clinico generale

2.2. Terapia farmacologica in atto

2.3. Allergie/Intolleranze

2.4. Capacità motorie e Ausili Utilizzati

Attività	Autonomo	Parzialmente dipendente	Dipendente
<i>Cammino</i>	☐	☐	☐
<i>Trasferimento letto</i>	☐	☐	☐
<i>Uso servizi igienici</i>	☐	☐	☐
<i>Igiene personale</i>	☐	☐	☐
<i>Vestizione</i>	☐	☐	☐
<i>Alimentazione</i>	☐	☐	☐
<i>Gestione terapia</i>	☐	☐	☐
<i>Uscire da casa</i>	☐	☐	☐

Si indichi di seguito gli ausili utilizzati e se necessario esplicitare nella sezione delle note ogni informazione ritenuta rilevante.

- Nessuno
- Bastone
- Deambulatore
- Carrozzina

2.5. Stato Cognitivo

Si indichi di seguito lo stato cognitivo della persona e se necessario esplicitare nella sezione delle note ogni informazione ritenuta rilevante.

- Integro
- Lievemente compromesso
- Moderatamente compromesso
- Gravemente compromesso

Valutazione Cognitiva	SI	NO
Orientato nel tempo	☐	☐
Orientato nello spazio	☐	☐
Orientato alla persona	☐	☐
Comprende e rispetta le regole di convivenza	☐	☐
È in grado di chiedere aiuto in caso di necessità	☐	☐
È in grado di utilizzare il sistema di chiamata emergenza	☐	☐

Si espliciti di seguito una considerazione circa la stabilità clinica dell'utente, la necessità di un monitoraggio ed un supporto assistenziale e di quale livello di intensità.

Condizione	Presente	Assente
Necessità di assistenza continuativa nelle 24 ore	☐	☐
Necessità di monitoraggio sanitario costante	☐	☐
Disturbi comportamentali rilevanti	☐	☐
Rischio elevato di wandering/allontanamento inconsapevole	☐	☐

Si espliciti di seguito una considerazione circa la compatibilità dell'utente con la vita comunitaria, con evidenza di eventuali difficoltà, criticità o aspetti sensibili.

3. VALUTAZIONE D'IDONEITA' E CRITERI DI ESCLUSIONE

L'ammissione al servizio Mini Alloggi Protetti è subordinata ad una valutazione multidimensionale effettuata dalla Direzione della Fondazione sulla base della documentazione amministrativa, sanitaria e sociale prodotta dal richiedente e, ove necessario, mediante colloquio con l'interessato, i familiari o l'Amministratore di Sostegno.

La valutazione è finalizzata a verificare la compatibilità delle condizioni di salute, del grado di autonomia personale e delle capacità relazionali dell'utente con le caratteristiche proprie del servizio MAP, nel rispetto della normativa regionale vigente.

Possono accedere al servizio persone ultrasessantacinquenni autosufficienti o con lieve fragilità sociale e abitativa, in grado di vivere in modo autonomo all'interno di un contesto residenziale protetto ma non assistito in maniera continuativa.

3.1. Non sono compatibili con il servizio MAP le persone che presentano:

- necessità di assistenza sanitaria continuativa o intensiva;
- condizioni cliniche instabili che richiedano monitoraggio sanitario costante;
- dipendenza completa nelle attività fondamentali della vita quotidiana (alimentazione, igiene personale, mobilitazione, uso dei servizi igienici);
- necessità di assistenza continuativa nelle 24 ore;
- gravi deficit cognitivi tali da compromettere la capacità di vivere autonomamente nell'alloggio;
- disturbi comportamentali o psichiatrici incompatibili con la convivenza e la sicurezza propria o altrui;
- comportamenti di wandering o elevato rischio di allontanamento inconsapevole;
- necessità di sorveglianza continua per rischio di cadute, fughe o altri eventi avversi;
- dipendenze patologiche attive incompatibili con la vita comunitaria;
- ogni altra condizione che, a giudizio dell'équipe valutativa, risulti incompatibile con le finalità e l'organizzazione del servizio.

3.2. Mantenimento dei requisiti di permanenza:

La permanenza nel servizio è subordinata al mantenimento dei requisiti di idoneità accertati in fase di ammissione.

Qualora, nel corso del soggiorno, si verifichi un significativo peggioramento delle condizioni di salute, dell'autonomia personale o della capacità di permanenza in sicurezza nell'alloggio, la Fondazione procederà ad una rivalutazione della situazione.

Qualora venga accertata la perdita dei requisiti necessari alla permanenza nel servizio MAP, la Fondazione, in collaborazione con l'utente, i familiari e gli eventuali servizi territoriali coinvolti, individuerà il percorso assistenziale più appropriato e procederà alla dimissione dal servizio secondo le modalità previste dal contratto di soggiorno.

4. INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e della normativa nazionale vigente in materia di protezione dei dati personali, la Fondazione in Partecipazione Casa di Riposo Villa del Sorriso ETS informa che i dati personali forniti dall'interessato saranno trattati esclusivamente per finalità connesse alla gestione della domanda di ammissione, alla valutazione di idoneità, all'eventuale instaurazione e gestione del rapporto contrattuale e all'erogazione dei servizi richiesti.

Il trattamento potrà riguardare dati anagrafici, di contatto, amministrativi e, ove necessario, dati relativi allo stato di salute, esclusivamente nei limiti indispensabili per la corretta valutazione della compatibilità con il servizio richiesto.

I dati personali e le informazioni relative allo stato di salute dell'interessato saranno trattati esclusivamente per finalità connesse alla gestione della domanda di ammissione, alla valutazione di idoneità, all'eventuale instaurazione del rapporto contrattuale e all'erogazione dei servizi previsti dal Servizio Mini Alloggi Protetti "REIT". Il trattamento potrà essere effettuato, nell'ambito delle rispettive competenze professionali, da personale amministrativo, assistenziale e sanitario della Fondazione espressamente autorizzato e tenuto al segreto professionale e d'ufficio.

I dati saranno trattati mediante strumenti sia cartacei sia informatici/elettronici, adottando misure tecniche e organizzative idonee a garantirne la sicurezza, l'integrità, la riservatezza e la protezione da accessi non autorizzati.

I dati non saranno diffusi, comunicati o condivisi con soggetti terzi estranei alla gestione del servizio. Potranno essere comunicati esclusivamente alle Autorità competenti, agli Enti pubblici di vigilanza e controllo o ad altri soggetti istituzionalmente legittimati, nei casi e nei limiti previsti dalla normativa regionale e nazionale vigente in materia di servizi sociali, socio-assistenziali e socio-sanitari, nonché per l'adempimento di obblighi di legge.

La documentazione e i dati raccolti saranno conservati per un periodo di **10 anni dalla cessazione del rapporto contrattuale o dalla conclusione del procedimento amministrativo**, fatti salvi eventuali termini di conservazione più lunghi previsti dalla normativa vigente. Decorso tale termine, i dati saranno cancellati o anonimizzati secondo le procedure adottate dalla Fondazione.

Tutti i soggetti autorizzati al trattamento operano nel rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, riservatezza, pertinenza e minimizzazione dei dati previsti dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e dalla normativa nazionale vigente in materia di protezione dei dati personali.

4.1 Consenso al trattamento dei dati personali e di categorie particolari di dati

Il/La sottoscritto/a

Cognome e Nome _____

nato/a il // _____

dichiara:

- ☐ di aver ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali;
- ☐ di aver compreso le finalità e le modalità del trattamento.

4.2 Consenso al trattamento dei dati personali e di categorie particolari di dati

- ☐ Acconsento
- ☐ Non acconsento

al trattamento dei miei dati personali per le finalità amministrative e organizzative connesse alla gestione della domanda di ammissione e dell'eventuale rapporto contrattuale.



5. DICHIARAZIONE DELL'UTENTE/ FAMILIARE/ ADS

Il sottoscritto dichiara di essere stato informato che il servizio Mini Alloggi Protetti costituisce un'unità d'offerta sociale destinata a persone autosufficienti o con lieve fragilità e che non rappresenta una struttura sanitaria, sociosanitaria o assistenziale a carattere continuativo.

Dichiara inoltre di essere consapevole che la permanenza nel servizio è subordinata al mantenimento dei requisiti di idoneità previsti dalla normativa regionale, dalla Carta dei Servizi e dal Contratto di soggiorno.

Firma Utente _____

Firma Familiare / ADS _____

Firma Valutatore _____

Firma Direzione _____

Data ____ / ____ / ____