

Domanda di ammissione **SERVIZIO RSA APERTA**

PARTE PRIMA: Dati anagrafici e socio-assistenziali (a cura del Richiedente o dell'Amministratore di sostegno/famigliare/caregiver)

Compilare questa sezione se la domanda di ammissione al servizio è sottoscritta dall'interessato/a.

Il/La Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____
a _____ codice fiscale _____
residente nel Comune di _____ in via _____ n° _____
eventuale domicilio (se diverso dalla residenza): Comune _____
via _____ n° _____ telefono n° _____

Compilare questa sezione se la domanda di ammissione al servizio è sottoscritta da persona diversa dall'interessato/a all'ammissione.

Il/La Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____
a _____ codice fiscale _____
residente nel Comune di _____ in via _____ n° _____
n° telefono _____ in qualità di:
☐ parente di primo grado:
☐ Amministratore di Sostegno/Tutore

in nome e per conto del/la

Il/La Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____
a _____ codice fiscale _____
residente nel Comune di _____ in via _____ n° _____
eventuale domicilio (se diverso dalla residenza): Comune _____
via _____ n° _____ Cellulare n° _____

CHIEDE

L'attivazione del Servizio "RSA Aperta" ai sensi del D.G.R. 7769 del 17/01/2018 a favore di:

- ☐ **Persona affetta da demenza**
- ☐ **Persona anziana non autosufficiente**

DICHIARA

Di allegare alla presente:

Solo per le persone anziane non autosufficienti

- ☐ Certificazione medica (*seconda parte del presente modulo*) attestante lo stato di salute del richiedente

Solo per le persone affette da demenza

- ☐ Certificazione rilasciata dal medico specialista (Geriatra o neurologo) attestante la sussistenza della condizione patologica di demenza.

PRENDE ATTO CHE

L'erogazione del servizio di RSA Aperta, nei modi indicati dal D.G.R. 7769/2018 è subordinata al possesso dei seguenti requisiti:

Per le persone anziane non autosufficienti

- ☐ Età superiore a 75 anni
- ☐ Riconoscimento dello stato di invalido civile al 100%

Per le persone affette da demenza

- ☐ Certificazione, rilasciata dal medico geriatra/neurologo, attestante lo stato di malattia demenza.

Sia per le persone affette da demenza che per gli anziani non autosufficienti

- ☐ Presenza di un "Care giver" (persona che si prende cura) familiare o professionale che presti assistenza alla Persona nell'arco della giornata o della settimana.
- ☐ Assenza di contemporanea fruizione di altre misure e/o interventi regionali e/o altri servizi d'offerta della rete socio-sanitaria (eccezion fatta per interventi di tipo ambulatoriale e per prestazioni occasionali o continuative di soli prelievi erogati in ADI)

DICHIARA

Di usufruire

- ☐ Servizio SAD nei seguenti termini:
- ☐ Servizio C-DOM in forma occasionale o continuativa per soli prelievi o prestazioni di tipo ambulatoriale nei seguenti termini:
- ☐ Altro servizio socio-sanitario (specificare quale) nei seguenti termini:
- ☐ Di essere in dimissione da una struttura sanitaria o riabilitativa o socio-assistenziale: (specificare quale)
- ☐ Di essere nella seguente situazione di riconoscimento dell'invalidità civile:
- domanda in corso;
 - riconoscimento al%
 - domanda non presentata

CHIEDE

Di usufruire del servizio di RSA Aperta presso:

☐ Proprio domicilio sito a..... in via, n°

☐ Presso la RSA Villa del Sorriso – BORMIO (SO) in regime di semi residenzialità o di prestazioni.

CHIEDE

che la proposta di ammissione venga comunicata al seguente numero telefonico (indicare numeri che consentano la pronta reperibilità):

Cell.n° _____ del Sig./ra _____

PRENDE ATTO

Che l'erogazione del Servizio è subordinata ad una visita domiciliare in cui verranno somministrate le scale di valutazione del livello di non autosufficienza (Barthel modificato) e dello stress (Caregiver burden inventori – CBI). Il punteggio ottenuto con la prima scala dovrà essere necessariamente inferiore a 24 per i richiedenti rientranti nella categoria "anziani non autosufficienti". La scala dello stress servirà invece a declinare gli interventi a favore della famiglia e dei caregivers.

Che la fruizione del servizio è finanziato dal Servizio Sanitario Regionale solo nei modi e nei termini definiti dal "Piano Assistenziale Individualizzato" (PAI), concordato con l'Assistito e/o i propri famigliari e rispondente a limiti finanziari stabiliti dall'ente regionale stesso.

SI IMPEGNA

A rendere disponibile alla Direzione della RSA Villa del Sorriso tutta la documentazione sanitaria necessaria all'inquadramento clinico-assistenziale del caso, oltre ad una breve relazione (parte seconda del presente documento), stilata dal medico curante sullo stato di salute del richiedente e sulle terapie in atto.

Data

Firma del Richiedente/Amministratore di Sostegno/Caregiver

PARTE SECONDA: Valutazione sanitaria (a cura del Medico curante o medico specialista)

Informativa al medico

Stim. Dottore,

il Suo Assistito intende presentare la domanda di ammissione al servizio "RSA Aperta" erogato dalla RSA Villa del Sorriso – Bormio - (SO) nelle modalità di cui al D.G.R. n°7767 del 17 gennaio 2018.

A tal fine, Le si richiedono informazioni di carattere sanitario sufficienti e necessarie ad impostare e realizzare un piano assistenziale individualizzato.

Le chiediamo di compilare lo schema seguente, indicando le principali patologie di cui l'Assistito è affetto o lo è stato e le terapie in atto.

PRINCIPALI PATOLOGIE PREGRESSE

BREVE VALUTAZIONE SANITARIA CON INDICAZIONE DEI QUADRI MORBOSI IN ATTO

TERAPIE IN ATTO

Data

Firma del Medico Curante

**ATTO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
E DELLE RELATIVE PARTICOLARI CATEGORIE**
(ai sensi del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati UE 2016/679)

La informiamo, ai sensi dell'art.13 del Regolamento europeo sulla protezione dei dati (UE 2016/679) che la Fondazione in Partecipazione Casa di Riposo Villa del Sorriso ETS necessita per l'erogazione del Servizio di RSA aperta di conoscere i dati personali e sulla salute dell'Ospite ed, eventualmente, i dati personali del familiare o di persona con funzioni di sostegno o tutoraggio. Il conferimento dei dati non è obbligatorio, ma le ricordiamo che la RSA non può prescindere nell'espletamento dei propri compiti di tutela sanitaria e di esecuzioni delle procedure amministrative, dall'acquisire direttamente od indirettamente i dati ritenuti indispensabili. In mancanza di conferimento di dati, l'RSA non può, pertanto, accogliere la richiesta di prestazione di servizi. La comunicazione dei dati personali diviene, quindi, un obbligo contrattuale.

A tal fine, la Fondazione Patrizi specifica che:

- il Titolare del trattamento dei dati è la Fondazione in Partecipazione Villa del Sorriso ETS di Bormio (SO), il cui Presidente del Consiglio di Amministrazione è il Dott. Arrigo Canciani (tel. 0342 901435, mail: villasorriso@rsabormio.it). Il Responsabile del trattamento dei dati personali (DPO) è il Dott. Claudio Tagliapietra (tel. 0342 901435, mail: direttore@rsabormio.it).
- i dati forniti, ovvero altrimenti acquisiti dal medesimo nel rispetto delle disposizioni legislative vigenti, inerenti, connessi o strumentali al Servizio di RSA aperta, formeranno oggetto di trattamento, con l'ausilio di mezzi elettronici e cartacei, nel rispetto della normativa sopra richiamata, degli obblighi di riservatezza e del segreto professionale e d'ufficio. I dati, necessari e sufficienti, saranno trasmessi all'interno dell'organizzazione (RSA Villa del Sorriso) a tutto il personale incaricato ed, all'esterno del servizio, ai seguenti soggetti:
 - ✓ Agenzia Territoriale per la Salute (ATS della Montagna), Assessorato regionale alla Sanità, Comuni di residenza, Assicurazioni ed Enti previdenziali, per ragioni di carattere amministrativo;
 - ✓ Organi preposti alla vigilanza in materia sanitaria, igienico-ambientale, polizia giudiziaria, per ragioni ispettive o per la stesura di certificazioni e referti;
 - ✓ Altre strutture sanitarie per la richiesta di particolari accertamenti ed analisi.

Per ulteriore garanzia, La informiamo che, in riferimento a quanto sancito dal Regolamento europeo sulla protezione dei dati (UE 2016/679):

- tutto il personale è stato formato ed informato al rispetto del Regolamento;
- il periodo di conservazione dei dati personali è stabilito in anni 10;
- L'interessato ha diritto di chiedere al Titolare del trattamento la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano, di accedere agli stessi, di rettificarli, di cancellarli o di limitarne il trattamento. Ha diritto all'opposizione ed alla portabilità dei dati. Ha, altresì, diritto a proporre un reclamo a un'autorità di controllo qualora ravvisi irregolarità nella conduzione del processo di tenuta e tutela dei dati;
- Il titolare del trattamento fornisce, su richiesta del Cliente e nei modi disciplinati da regolamento interno, una copia dei dati personali oggetto di trattamento. In caso di ulteriori copie richieste dall'interessato, il titolare del trattamento può addebitare un contributo spese ragionevole basato sui costi amministrativi. Se l'interessato presenta la richiesta mediante mezzi elettronici, e salvo indicazione diversa dell'interessato, le informazioni sono fornite in un formato elettronico di uso comune;
- Qualora il titolare del trattamento intenda trattare ulteriormente i dati personali per una finalità diversa da quella per cui essi sono stati raccolti, prima di tale ulteriore trattamento fornirà all'interessato informazioni in merito a tale diversa finalità ed ogni ulteriore informazione pertinente

Il Cliente, od il Titolare della stipula del contratto, acquisite le informazioni fornite dai responsabili del trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi dell'art. 7 del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati (UE 2016/679)

PRESTA IL SUO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

ed è a conoscenza del fatto che, con il consenso che presta a questa R.S.A., la stessa metterà a disposizione i dati sanitari relativi alle prestazioni sanitarie che riceve, per il loro eventuale utilizzo nel proprio FSE.

Inoltre,

☐ **Autorizza** ☐ **Non Autorizza**

il personale sanitario a fornire notizie riguardanti le proprie condizioni di salute alle seguenti persone:

Nome e Cognome Grado di parentela

IL CLIENTE (O IL TITOLARE ALLA STIPULA DEL CONTRATTO) ESPRIME ESPlicito CONSENSO PER I TRATTAMENTI E LE MODALITÀ OPERATIVE SUDDETTE. Rimane fermo il diritto a revocare il proprio consenso in qualsiasi momento. La revoca non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

Bormio, lì

IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO DATI

IL CLIENTE (o Titolare alla firma)

-