Fondazione Casa di Riposo Ambrosetti Paravicini - ONLUS

via Paravicini n. 16 - 23017 Morbegno (So) - C.F. e P.IVA 00539680140
email: info@casadiriposomorbegno.it - pec: ambrosettiparavicini@pec.it
telefono: 0342 604011 - fax: 0342 604030

DOMANDA DI INSERIMENTO IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (R.S.A.)

- R.S.A. TOMASO AMBROSETTI
- R.S.A. PAOLO PARAVICINI

GESTITE DALLA FONDAZIONE CASA DI RIPOSO AMBROSETTI PARAVICINI ONLUS DI MORBEGNO

☐ **POSTO DEFINITIVO IN R.S.A.**

☐ **POSTO TEMPORANEO DI "SOLLIEVO" IN R.S.A.**

POSTI "SOLVENTI"

(con retta interamente a carico dell'Utente senza contributo regionale di accreditamento)

Parte da compilare a cura della RSA che riceve la domanda

DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA : _____/_____/_____

CLASSE SOSIA ASSEGNATA : | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

Sistema Socio-Sanitario Regione Lombardia

DOMANDA DI INSERIMENTO

Compilare questa sezione se la domanda è sottoscritta dall'interessato/a all'ammissione.

Il/La Sig./Sig.ra : _____ nato/a il : _____

a : _____ codice fiscale : _____

tessera sanitaria : _____ residente nel Comune di_____

in via _____ n°_____

eventuale domicilio (se diverso dalla residenza): Comune _____

via _____ n°_____

recapiti telefonici n°_____ Numero figli _____

Dichiara che viene presentata contemporaneamente domanda d'inserimento anche per il

Sig./ra_____ ☐ coniugato/a ☐ convivente con grado di parentela di 1° o 2°

☐ convivente con documentata stabile unione

Compilare questa sezione se la domanda 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 ☐ rappresentante unico della famiglia (grado di parentela : _____)
☐ rappresentante legale

in nome e per conto del/la

Sig./Sig.ra : _____ nato/a il : _____

a : _____ codice fiscale : _____

tessera sanitaria : _____residente nel Comune _____

in via _____ n°_____

eventuale domicilio (se diverso dalla residenza): Comune _____

via _____ n°_____

recapiti telefonici n°_____ Numero figli _____

Dichiara che viene presentata contemporaneamente domanda d'inserimento anche per il

Sig./ra_____ ☐ coniugato/a ☐ convivente con grado di parentela di 1° o 2°

☐ convivente con documentata stabile unione

CHIEDE

l'ammissione alle indicate R.S.A. della Provincia di Sondrio

Tipologia Assistenziale Richiesta : ☐ Ricovero ordinario ☐ Ricovero di sollievo/temporaneo

Pensione tipo : ☐ Anzianità / Vecchiaia ☐ Reversibilità
☐ Invalidità civile ☐ Altro ☐ Nessuna pensione

Invalidità civile : ☐ In corso ☐ Riconosciuta al : % .....
☐ Domanda non presentata

Assegno di accompagnamento : ☐ Non riconosciuto ☐ Riconosciuto
☐ In attesa ☐ Domanda non presentata

Provenienza Ospite: ☐ Soggetto che accede dal domicilio: Usufruisce di SAD ☐ di ADI☐
☐ Soggetto in dimissione da struttura psichiatrica
☐ Soggetto in dimissione da struttura sanitaria (ospedaliera)
☐ Soggetto in dimissione da Istituto di riabilitazione
☐ Soggetto in dimissione da altro regime o tipologia :
- Centro diurno integrato
- Ricovero a pagamento
- Ricovero di sollievo
- Cure Intermedie
- Residenzialità leggera
- altra RSA

☐ Altro .....

CHIEDE

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

Tel. _____del Sig./ra _____in qualità di_____

Tel. _____del Sig./ra _____in qualità di_____

DICHIARA

- di avere preso conoscenza delle procedure di ammissione previste dai regolamenti delle R.S.A. per le quali presenta la domanda di ingresso e di accettarle;
- di accettare espressamente i criteri di formazione delle graduatorie, i termini di scadenza per l'accettazione della proposta di ingresso, le modalità di cancellazione della domanda dalla lista di attesa per rinuncia tacita o espressa all' ingresso.

PRENDE ATTO

- che il ricovero in R.S.A. determinerà l'obbligo alla corresponsione di una retta nell'importo stabilito dalle singole residenze.

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente le eventuali modifiche della situazione socio-sanitaria o dei dati indicati nella domanda, nonché l'eventuale ritiro della domanda stessa.

Data Firma

_____ _____

INFORMATIVA A PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Il decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) garantisce che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell'interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

Ai sensi dell'art. 13, La informiamo che per poter dar corso all'inserimento in lista d'attesa per l'ingresso in RSA del/la Sig/ra _____ è necessario conoscere taluni dati personali e sanitari dello/a stesso/a, nonché i dati personali dei familiari o delle persone alle quali fare riferimento.
Nell'osservanza del codice sopra citato, i dati personali forniti saranno:

- trattati in modo lecito e secondo correttezza e trasparenza;
- raccolti e registrati al solo scopo di inserire l'interessato nella lista d'attesa per l'ingresso in RSA ed utilizzati in altre operazioni compatibili con tale scopo;
- esatti e, se necessario, aggiornati;
- pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolti o successivamente trattati.

Il conferimento dei dati non è obbligatorio; si ricorda tuttavia che l' Ente Gestore non può prescindere, nell'espletamento delle procedure amministrative, dall'acquisire i dati richiesti con il presente modulo.
I dati forniti potranno essere comunicati:

1. all'interno dell'Ente gestore agli operatori incaricati;
2. all'esterno dell'Ente gestore :
   - alle altre RSA indicate nella presente domanda,
   - all' ATS della Montagna, Regione Lombardia,
   - organi preposti alla vigilanza in materia sanitaria e polizia giudiziaria per ragioni ispettive o per la stesura di certificazioni e referti.

Per ulteriori garanzie, La informiamo che:

- il personale dell' Ente gestore incaricato del trattamento dei dati è stato formato al rispetto del D.Lgs.196/03;
- in relazione al trattamento dei Suoi dati potrà esercitare tutti i diritti di cui all'art.7, del D.Lgs.196/03, tra cui, in particolare, il diritto di conoscere i dati personali registrati, ottenerne la cancellazione quando consentito dalla legge, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione, opporsi a trattamenti specifici;
- il titolare del trattamento dei dati è il presidente dell' Ente Gestore;
- I responsabili del trattamento dei dati sono il direttore e il direttore sanitario della fondazione.

Avendo appreso consapevolmente quanto contenuto nell'informativa sopra riportata ed in particolare che il trattamento riguarderà anche dati sensibili.

ESPRIMO IL CONSENSO al trattamento dei dati personali, comuni e sensibili

del/la Sig./ra _____

_____ lì_____ (FIRMA LEGGIBILE) _____

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ATS Montagna

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 della provincia 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 e per 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.

Ringraziamo per la collaborazione.

Le RSA della Provincia di Sondrio e la ATS della Montagna

☐ **Prima domanda** ☐ **Aggiornamento di domanda già presentata**

Sig/ra _____ nato/a il _____

VALUTAZIONE MEDICA scala CIRS

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

DIAGNOSI e BREVE VALUTAZIONE SANITARIA:

.....

.....

...

.....

.....

TERAPIE IN ATTO :

.....

.....

.....

VALUTAZIONE NECESSITA' ASSISTENZIALI

TRASFERIMENTO LETTO-SEDIA E VICEVERSA

1. Incapace di collaborare al trasferimento. Sono necessari due assistenti per trasferire il paziente con o senza l'uso del sollevatore
2. In grado di collaborare ma è richiesta un notevole grado di assistenza da parte di un operatore in tutte le fasi del trasferimento
3. Il trasferimento richiede assistenza da parte di un operatore. L'assistenza può essere richiesta per alcuni aspetti del trasferimento
4. E'richiesta la presenza di un'altra persona sia per infondere fiducia che per assicurare supervisione e sicurezza
5. Il paziente è in grado, senza correre pericoli,di accostare il letto manovrando una carrozzina,bloccarne i freni,sollevare le pedane poggiapiedi,salire sul letto,coricarvisi,passare alla posizione seduta sul bordo del letto, spostare la sedia a rotelle, risedercisi sopra. Si richiede autonomia in tutte le fasi del trasferimento.

DEAMBULAZIONE

1. Dipendente rispetto alla deambulazione
2. Durante la deambulazione è indispensabile la presenza costante di una o più persone
3. E' necessario aiuto per raggiungere e/o manovrare gli ausili. L'assistenza viene fornita da una persona
4. Il paziente è autonomo nella deambulazione, ma non riesce a percorrere 50 metri senza ricorrere ad aiuto, o altrimenti risulta necessaria una supervisione che garantisca fiducia o sicurezza di fronte a situazioni pericolose
5. Qualora necessario il paziente deve essere in grado di indossare dei corsetti,allacciarli e slacciarli,assumere la posizione eretta,sedersi e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego. Deve essere in grado di adoperare stampelle, bastone o un deambulatore, e percorrere 50 m.. senza aiuto o supervisione

LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE *(solo se incapace di camminare)*

1. Dipendente per la locomozione in carrozzina
2. Il paziente può avanzare per proprio conto per brevi tratti, su superficie piana;riguardo tutti gli altri aspetti della locomozione in carrozzina necessita di aiuto e assistenza
3. E' indispensabile la presenza di una persona,ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
4. Il paziente riesce a spingersi per durate ragionevoli su terreni di più consueta percorrenza. E' tuttavia ancora necessario aiutarlo limitatamente agli spazi più angusti
5. Per essere giudicato autonomo il paziente deve essere capace di girare attorno agli spigoli e su stesso con la sedia a rotelle,di accostarla al tavolo,al letto,al wc ecc.Il paziente deve riuscire a percorrere almeno 50 m.

IGIENE PERSONALE

1. Il paziente non può provvedere all'igiene personale ed è dipendente in tutte le funzioni
2. L'assistenza è richiesta per tutti i punti dell'igiene personale
3. Una certa assistenza è richiesta per uno o più punti dell'igiene personale
4. Il paziente può provvedere alla sua igiene personale, ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo le operazioni.
5. Il paziente può lavarsi le mani e la faccia, pettinarsi,lavarsi i denti e radersi. Un paziente maschio può usare qualsiasi genere di rasoio,inserire la lametta,o la spina del rasoio elettrico senza aiuto,così come prenderlo dal cassetto o dall'armadio. Una paziente femmina deve essere in grado di truccarsi (se si trucca abitualmente);non è richiesto che sappia fare la treccia o acconciarsi i capelli

ALIMENTAZIONE

1. Completamente dipendente
2. Può maneggiare una posata, solitamente un cucchiaio,ma qualcuno deve fornire assistenza durante i pasti
3. Il paziente riesce ad alimentarsi sotto supervisione. E' richiesta assistenza per operazioni quali mettere il latte e lo zucchero nel the, aggiungendo il sale ed il pepe,spalmare il burro, girando un piatto o altre attività di "messa a punto"
4. Indipendente nell'alimentazione (con il vassoio preparato). Può essere richiesta assistenza per tagliare la carne,aprire il cartone del latte,il coperchio del vaso ecc. La presenza di un'altra persona non è richiesta
5. Il paziente può alimentarsi da solo dal vassoio o dal tavole se qualcuno mette l'alimento in modo da poter essere raggiunto. Il paziente deve poter utilizzare un dispositivo se necessario,tagliare l'alimento, usare sale e pepe se lo desidera,spalmare il burro ecc.

VALUTAZIONE COGNITIVA:

SPMSQ – Short Portable Mental Status Questionnaire	**SI**	**NO**
1) Che giorno è oggi? (giorno, mese, anno)	0	1
2) Che giorno è della settimana ?	0	1
3) Qual è il nome di questo posto ?	0	1
4) Qual è il suo numero di telefono ? (o indirizzo)	0	1
5) Quanti anni ha ?	0	1
6) Quando è nato?	0	1
7) Chi è l'attuale Papa (o Presidente della Repubblica) ?	0	1
8) Chi era il precedentemente Papa (o Presidente) ?	0	1
9) Qual'era il cognome di sua madre da ragazza ?	0	1
10) Faccia "20 meno 3" e ancora meno 3 fino a 2	0	1

NUMERO DI ERRORI : _____

E' consentito un errore in più in caso di istruzione inferiore
E' consentito un errore in meno in caso di istruzione superiore

0-2 errori : assenza di deterioramento
3-4 errori : deterioramento lieve
5-7 errori : deterioramento medio
8-10 errori : deterioramento grave

Livello di istruzione :
☐ : analfabeta
☐ :scuola dell'obbligo
☐ : scuola superiore

VALUTAZIONE COMPORTAMENTO (GBS parziale) :

CONFUSIONE

1. E' completamente confuso, così che sono compromesse la capacità di comunicare e le attività cognitive; la personalità è completamente destrutturata
2. E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni come dovrebbe
3. Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
4. E' in grado di pensare chiaramente ed ha contatti non alterati con l'ambiente

IRRITABILITÀ

1. Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
2. Uno stimolo esterno che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare
3. Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete.
4. Non mostra segni di irritabilità, è calmo

IRREQUIETEZZA

1. Cammina avanti e indietro incessantemente: è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo
2. Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente; si alza in piedi durante la conversazione, contorce le mani, toccando in continuazione gli oggetti a portata di mano
3. Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione; ha difficoltà nel mantenere fermi mani e piedi e tocca continuamente vari oggetti
4. Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

PER EVENTUALE INSERIMENTO IN NUCLEO ALZHEIMER

Presenza di : ☐ deliri/allucinazioni

☐ agitazione/ aggressività

☐ wandering/affaccendamento

☐ disinibizione/esaltazione/euforia

ULTERIORI ELEMENTI DI INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO:

Neoplasia maligna	☐ SI		☐ NO
Malattie Infettive	☐ SI		☐ NO
Malattia progressiva S.N.C.	☐ SI		☐ NO
Accidenti cerebrali Esiti :	☐ NO ☐ afasia ☐ emiparesi	☐ recenti ☐ paraparesi	☐ pregressi ☐ disfasia ☐ tetraparesi
☐ altro			
Trauma/intervento chirurgico: Se si	☐ SI ☐ frattura femore ☐ protesi anca	☐ NO ☐ altre fratture ☐ altri interventi chirurgici :	
.....			
Lesioni da decubito	☐ SI	☐ NO	

AUSILI PER LA GESTIONE DELLE INSUFFICIENZE FUNZIONALI

Ossigeno	☐ 6 ore/die	☐ continuato
Ventilatore	☐ SI	☐ NO
Tracheostomia	☐ SI	☐ NO
PEG/SNG	☐ SI	☐ NO
Catetere vescicale	☐ SI	☐ NO

data _____ timbro e firma del medico _____