


MS RSA. Rev. 19 Ottobre 2020 Pagina 1 di 6	Direzione	Istituto Palazzolo – Via Don L. Palazzolo 21 – Milano Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS	
ISTRUTTORIA RSA			

PERCORSO DELLA DOMANDA D'ACCOGLIENZA in

Residenza Sanitaria Assistenziale

1- Consegna moduli

La modulistica, che è possibile ritirare direttamente presso il Punto Accesso Servizi Sociosanitari (PASS) previo appuntamento telefonico, oppure, scaricare dal sito: www.dongnocchi.it, compilata e firmata deve essere consegnata al PASS al quale si fa richiesta **previo appuntamento telefonico 02.39703310** da lunedì a venerdì ore 9.00 – 12.00 e dalle 14.00 alle 16.00; oppure rispedita via mail.

2- Protocollo

L'operatore del servizio sociale verifica la completezza dell'istruttoria; protocolla la domanda e l'inserisce in lista d'attesa.

3- Valutazione

La domanda viene valutata per l'idoneità dall'Unità Interna di Valutazione Geriatrica.

4- Lista d'attesa

La lista d'attesa è gestita sulla base dei seguenti criteri: di complessità sanitaria, di fragilità della rete sociale e continuità assistenziale, cronologici e di residenza.

5- Convocazione al ricovero

L'operatore del servizio sociale convoca telefonicamente il familiare di riferimento e/o la persona che presenta domanda di ricovero e comunica il giorno e l'ora di ricovero.

6- Accettazione amministrativa

Il giorno del ricovero, la persona di riferimento e/o la persona direttamente interessata consegna in segreteria servizio sociale la tessera sanitaria in originale, firma il contratto e provvede al pagamento in Amministrazione della retta per il mese in corso. Gli Uffici Amministrativi sono aperti al pubblico con le seguenti modalità:

martedì, giovedì e venerdì dalle ore 9,00 alle 12,30 e dalle ore 14,00 alle ore 16,00.

7- Il ricovero

Il ricovero e la prima accoglienza sono curati dal Case Manager o dal personale del PASS che presentano l'ospite al medico del reparto.



DOCUMENTAZIONE DA COMPILARE / FIRMARE

- Regolamento economico finanziario (integrazione alla carta dei servizi)
- Dichiarazione di impegno economico oppure Impegnativa economica del Comune di Milano
- Tabella delle tariffe
- Consenso scritto al trattamento dei dati personali e sensibili

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

L'istruttoria sarà completa solo se verranno allegati debitamente compilati i seguenti documenti condivisi con la ATS CITTA' METROPOLITANA DI MILANO e riconosciuti da tutte le RSA dell'ATS Città Metropolitana di Milano:

- Domanda di inserimento presso le RSA ATS CITTA' METROPOLITANA DI MILANO
- Scheda Sanitaria di ingresso a cura del Medico Curante


Devono essere inoltre allegati:

- Se paziente proveniente da Struttura Ospedaliera >esito di due tamponi naso-faringei negativi per SARS-CoV-2, eseguiti ad almeno 24 ore di distanza in immediata prossimità della presentazione della richiesta di ricovero
- Se paziente proveniente da domicilio >esito di test sierologici e tamponi naso-faringei negativi per SARS-CoV-2. Come indicato nella dgr 3226/2020, prima di procedere con i test è prevista un'intervista telefonica da parte del personale della RSA che fornirà le informazioni necessarie .
- Fotocopia Carta di Identità
- Fotocopia Tessera Sanitaria Regionale (magnetica)
- Fotocopia Verbale o domanda di invalidità (qualora presente)
- Fotocopia Esenzione Ticket (Patologia – Invalidità – E01- altre esenzioni) (qualora presente)
- Documento relativo alla tutela (es.copia procura, copia decreto nomina ADS etc.) (qualora presente)

ALTRA DOCUMENTAZIONE MEDICA DA ALLEGARE - solamente se già in possesso -

- Fotocopie esami clinico-strumentali, relazioni UVA - CDCD, lettere di dimissioni ospedaliere
- Esame radiologico del torace e segnalazione di eventuali precedenti tubercolari, esami ematochimici,

Nota Bene: al momento dell'ingresso, come previsto dalla normativa regionale, deve essere firmato il “Contratto d’Ingresso” devono essere consegnati in originale presso la Segreteria del Servizio Sociale/PASS la Tessera Sanitaria magnetica , le eventuali Esenzioni ticket e la Carta d’Identità. Il Servizio Sociale provvederà al cambio del Medico di Medicina Generale.

MS RSA. Rev. 19 Ottobre 2020 Pagina 3 di 6	Direzione	Istituto Palazzolo – Via Don L. Palazzolo 21 – Milano Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS	
ISTRUTTORIA RSA			

**REGOLAMENTO ECONOMICO FINANZIARIO DELLA
RESIDENZA SANITARIA ASSISTITA**

Egregio Signore,

nel consegnarLe copia della Carta dei Servizi dell'Istituto Palazzolo in aggiunta a quanto indicato alla voce Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.) è importante richiamare le seguenti principali disposizioni e informazioni già indicate nel contratto:

Modalità e termini del pagamento della retta


- 1) L'importo delle rette dei singoli reparti è stabilito dal Consiglio di Amministrazione della Fondazione Don Carlo Gnocchi – ONLUS (tabella delle tariffe). Le nuove rette verranno comunicate dalla Direzione del Centro con preavviso di almeno un mese. Il calcolo della retta inizia a decorrere dal giorno di ingresso. Il giorno di dimissione o di decesso non viene calcolato ai fini del computo della retta.
- 2) Tutte le certificazioni, ivi inclusa la certificazione delle spese sanitarie valida ai fini della dichiarazione dei redditi (DGR 21/03/1997 n° 26316) saranno rilasciate dal Servizio Amministrazione solo all'Ospite quale intestatario della fattura
- 3) L'Ospite o il Garante del pagamento oltre all'importo mensile della retta si impegnano a corrispondere per la prestazione dei servizi accessori forniti dalla RSA l'importo previsto (vedi Tabella delle Tariffe in vigore alla voce "Altre Prestazioni e servizi")
- 4) La retta viene pagata mensilmente e anticipatamente attraverso il servizio di pagamento denominato "SEPA DIRECT DEBIT CORE" e che con la sottoscrizione del mandato "SEPA" autorizza Fondazione ad addebitare telematicamente sul conto corrente indicato il 15° giorno lavorativo del mese di riferimento senza ulteriore esplicita comunicazione da parte di Fondazione le fatture emesse per la retta gli oneri accessori relativi a servizi aggiuntivi richiesti (a titolo esemplificativo e non esaustivo: parrucchiere, podologo, ticket per prestazioni sanitarie per i non esenti, ecc...) e gli altri oneri così come previsto dal contratto . La prima fattura anticipata sarà pagata presso l'Ufficio Amministrazione entro una settimana dall'ingresso . Contestualmente con il primo pagamento dovrà essere sottoscritto il Mandato "Sepa" comunicando l'intestatario e il codice IBAN del conto corrente di addebito. In via eccezionale sarà consentito il pagamento della retta a mezzo bonifico entro il 15° giorno lavorativo del mese di riferimento previo versamento di un deposito cauzionale pari all'importo di 3 mensilità della retta di degenza.
- 5) Al momento della dimissione verranno addebitate spese amministrative d'uscita (vedi Tabella delle Tariffe in vigore alla voce "Altre Prestazioni e servizi") solo nel caso di permanenza superiore a 3 mesi.
- 6) L'ospite, il Rappresentante legale dell'Ospite o il Garante in via solidale si obbligano a corrispondere quanto indicato ai punti 1 - 2 - 3 - 5 e dichiarano di essere a conoscenza che, in caso di inosservanza dell'obbligo assunto, la RSA Fondazione don Gnocchi si riserva il diritto di dar corso alle dimissioni in forma assistita, proponendo soluzioni alternative che possano rispondere adeguatamente ai bisogni dell'ospite, con l'invio di una RR ai soggetti di cui sopra, e per conoscenza al Comune di Residenza ed all'ASST e di procedere quindi giudizialmente per il recupero delle somme dovute, fatto salvo quanto previsto all'art. 7 del contratto.
- 7) I punti 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 non riguardano gli ospiti a carico dell'Amministrazione del Comune di Milano. Per gli aspetti amministrativi di tali ospiti si invitano i parenti a fare riferimento all'Ufficio Anziani situato a Milano in L.go Treves 1.

Assenze temporanee e Ricoveri in ospedale

Le assenze temporanee dell'Ospite, ai fini del diritto al mantenimento del posto letto all'interno della RSA sono considerate:

- se dovute a rientri in famiglia (sospesi fino al termine dell'emergenza Covid 19), come giornate di presenza nel limite massimo di quindici giorni, superato il quale cessa la disponibilità del posto letto. Gli effetti personali dell'Ospite saranno custoditi secondo le modalità e nei termini previsti dalla Carta dei Servizi /Contratto d'ingresso
- se dovute a ricovero ospedaliero dell'Ospite, come giornate di presenza nel limite massimo di quindici giorni , superato tale termine cessa la disponibilità del posto letto e, a seguito di specifica valutazione, verranno proposte soluzioni alternative rispondenti ai nuovi bisogni dell'ospite (gli effetti personali dell'Ospite saranno custoditi secondo le modalità e nei termini previsti dalla Carta dei Servizi/Contratto d'ingresso).

Le assenze temporanee dell'Ospite, ai fini del computo della Retta Mensile saranno conteggiate e fatturate per entrambi i casi e saranno considerate come giornate di presenza.

MS RSA. Rev. 19 Ottobre 2020 Pagina 4 di 6	Direzione	Istituto Palazzolo – Via Don L. Palazzolo 21 – Milano Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS	
ISTRUTTORIA RSA			

Servizi non inclusi nella retta

- Presso l'Istituto Palazzolo è presente il **Servizio di Lavanderia** affidato in gestione a una società esterna. Presso l'Amministrazione è disponibile il regolamento per usufruire di tale servizio. La società rilascerà regolare ricevuta per il servizio svolto. La Fondazione comunicherà alla società che svolge il servizio i nominativi dell'ospite o del referente ed i relativi recapiti telefonici per permettere eventuali accordi relativamente allo svolgimento del servizio ed al pagamento del medesimo. La Fondazione non è responsabile di eventuali disservizi.
- Il Servizio di trasporto **Ambulanza** al momento dell'accettazione o dell'eventuale dimissione sono a carico dell'ospite. Il trasferimento dell'ospite da un centro della Fondazione ad un altro ed eventuali trasferimenti per ricoveri ospedalieri e/o esami richiesti dal medico responsabile sono a carico della Fondazione.
- **Nel caso di decesso dell'ospite i parenti contatteranno a loro discrezione un'impresa di Pompe Funebri autorizzata. Le spese sono a carico della famiglia.** Il personale in servizio non può fornire indicazione alcuna in ordine alla scelta dell'impresa come previsto dalla normativa regionale vigente (Regolamento Regionale 9 novembre 2004 – n°6). Si invita a segnalare alla Direzione l'eventuale non rispetto di tale norma.

Procedura di dimissione degli Ospiti presso la R.S.A.

La richiesta di dimissione dell'Ospite dalla R.S.A. va presentata in forma scritta al Servizio Sociale - Amministrativo della RSA, con preavviso di almeno 7 giorni . In caso di mancato rispetto di tale termine viene addebitato un importo pari alla retta giornaliera moltiplicata per i giorni di preavviso mancanti.

Le giornate di degenza pagate e non fruite del mese di dimissione verranno rimborsate.

Oltre a quanto già previsto la dimissione potrà essere richiesta dall'Ente, con le modalità indicate nella Carta dei Servizi e nel Contratto di ingresso, nei casi in cui l'ospite o il familiare manifestino chiara sfiducia nei confronti dell'operato del personale

Ulteriori informazioni

- Tutto il personale di servizio nei reparti e degli uffici è a disposizione, per le rispettive funzioni, dell'ospite e della famiglia. Particolari richieste, bisogni o quant'altro necessario per l'ospite dovranno essere formulate al Capo Sala o al Medico di Reparto. La Direzione non risponde di impegni o decisioni assunti con altro personale.
- Le eventuali comunicazioni e le segnalazioni relative alla qualità del servizio offerto devono essere presentate in forma scritta all'URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico), in sua assenza al Medico Responsabile o ai Capo Sala di Reparto che provvederanno ad inoltrarle alla Direzione per la valutazione e gli interventi del caso.
- I volontari operanti nei reparti, la cui presenza è regolamentata dall'Istituto, sono riconoscibili dall'apposito tesserino (in seguito ad emergenza covid non è consentito l'ingresso in struttura ai volontari fino a data da destinarsi).
-
- La presenza di personale di assistenza (badante, assistente familiare...) non appartenente all'Ente dovrà essere preventivamente autorizzata, comunicando le generalità alla Direzione Sanitaria/Servizio Sociale. Tale persona non dovrà interferire con le normali attività di reparto. In caso di mancata segnalazione potrà essere richiesto l'allontanamento della persona (in seguito ad emergenza covid non è consentito l'ingresso in struttura ai badanti fino a data da destinarsi).
- Nel caso in cui il familiare di un ospite non rispetti le norme di comportamento (Carta dei Servizi) e i regolamenti dell'Istituto , la Direzione Sanitaria potrà sanzionare tale familiare limitando l'accesso in Istituto.

LA DIREZIONE

Letto, accettato e sottoscritto da parte dell'ospite o dal suo garante

Milano,



ISTRUTTORIA RSA

DICHIARAZIONE DI IMPEGNO ECONOMICO

La/il sottoscritta/o
nata/o a Prov il
Residente a Prov CAP
Via n° Tel. Cell.
Codice Fiscale (allegare fotocopia)
Email
Relazione di parentela Tutore Curatore Ammin. di Sostegno

DICHIARA

di assumere, con decorrenza dal giorno dell'ingresso, l'onere della retta di ricovero

della Signora/del Signor
e di riconoscersi quale unico obbligato nei confronti della Fondazione Don Gnocchi, sollevando quest'ultima da ogni obbligo di riparto dell'onere della retta, anche in presenza di altri congiunti tenuti per legge a provvedere.

La/il sottoscritta/o inoltre dichiara:

- Di essere a conoscenza ed accettare le condizioni economico/finanziarie che regolano l'accesso e la permanenza presso la Residenza Sanitaria Assistita.
- Di essere a conoscenza della retta giornaliera e delle eventuali prestazioni accessorie (tabella delle tariffe);
- Di essere a conoscenza ed accettare che la retta sia pagata mensilmente e anticipatamente attraverso il servizio di pagamento denominato "SEPA DIRECT DEBIT CORE" e che con la sottoscrizione del mandato "SEPA" autorizza Fondazione ad addebitare telematicamente sul conto corrente indicato il 15° giorno lavorativo del mese di riferimento senza ulteriore esplicita comunicazione da parte di Fondazione le fatture emesse per la retta gli oneri accessori relativi a servizi aggiuntivi richiesti (a titolo esemplificativo e non esaustivo: parrucchiere, podologo, ticket per prestazioni sanitarie per i non esenti, ecc) e gli altri oneri così come previsto dal contratto. La prima fattura anticipata sarà pagata presso l'Ufficio Amministrazione entro una settimana dall'ingresso. Contestualmente con il primo pagamento dovrà essere sottoscritto il Mandato "Sepa" comunicando l'intestatario e il codice IBAN del conto corrente di addebito. Diversamente e in via eccezionale accetta che il pagamento della retta avvenga a mezzo bonifico entro il 15° giorno lavorativo del mese di riferimento previo versamento di un deposito cauzionale pari all'importo di 3 mensilità della retta di degenza.
- Di divenire il referente ufficiale per qualsiasi comunicazione della Direzione
- Di **accettare** gli aumenti di retta che potranno essere disposti dal Consiglio di Amministrazione della Fondazione. La Direzione del Centro si occuperà di darne preavviso con anticipo di almeno un mese.
- Di confermare, sotto la propria piena responsabilità, che i presenti obbligati hanno effetto e durata sino alla avvenuta dimissione dell'Ospite dal Centro.
- Di essere a conoscenza che l'Istituto Palazzolo ha una convenzione con il Comune di Milano e che l'accesso a questi posti avviene previa Determina Comunale di Impegno Economico.

Data Firma del garante pagamento retta.....

INTESTATARIO DELLA FATTURA

Tutte le certificazioni, ivi inclusa la certificazione delle spese sanitarie valida ai fini della dichiarazione dei redditi (DGR 21/03/1997 n° 26316) saranno rilasciate dal Servizio Amministrazione solo all'Ospite quale intestatario della fattura.

DESTINATARIO DELLA POSTA (contrassegnare l'opzione scelta)

OSPITE

IMPEGNATO AL PAGAMENTO

Riservato all'Ente CODICE _____ ENTRATO/A IL _____ REPARTO _____


MS RSA. Rev. 19 Ottobre 2020 Pagina 6 di 6	Direzione	Istituto Palazzolo – Via Don L. Palazzolo 21 – Milano Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS	
ISTRUTTORIA RSA			

TABELLA DELLE TARIFFE IN VIGORE DAL 01/01/2020

ISTITUTO PALAZZOLO	
Nucleo	Tariffa
Tutti i nuclei standard camere singole	€ 83,00
Tutti i nuclei standard camere a 2 letti	€ 74,00
Tutti i nuclei standard camere a 3 -4 letti	€ 71,00
RIALZATO MONTINI	€ 79,00
NUCLEO ARCOBALENO ALZHEIMER	€ 82,00
4°B-C MONTINI Camera doppia	€ 83,00
4°B MONTINI Camera 3 e 4 letti	€ 79,00
NUCLEO PROTETTO IAM cam 3 letti	€ 79,00
NUCLEO PROTETTO IAM cam 1 – 2 letti	€ 83,00

In seguito all'emergenza COVID 19 è stato predisposto il Nucleo di Accoglienza appositamente per accogliere le persone in tutta sicurezza, in camera singola, e permettere loro di trascorrere 14 giorni di quarantena, al termine dei quali l'Ospite verrà trasferito nel Nucleo desiderato .


Nucleo di Accoglienza, camera singola	€ 74,00
---------------------------------------	---------

ALTRE PRESTAZIONI E SERVIZI	
	Tariffa
Spese amministrative d'uscita	€ 201,00
Giornate di mancato preavviso Fino a un max di 7gg	Tariffa in vigore nel reparto
Parrucchiere	
• Taglio aggiuntivo (oltre quello previsto per contratto)	€ 10,00
• Tinta	€ 10,00
• Messa in piega	€ 10,00
• Permanente	€ 18,00
Copia Cartella Clinica	€ 31,00

La Direzione

Per ricevuta

Milano, 1 Luglio 2020

MGP.22 Rev. 0 Dicembre 2017 Pag. 1/2	Direzione Sanitaria	Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Presidio Nord 1	
INFORMATIVA GENERALE ALLE CURE			

SERVIZIO/U.O.: _____

PAZIENTE/OSPITE: _____

Gentile Sig./Sig.ra,

Nel corso di questo periodo di ricovero Le verranno fornite dettagliatamente, dai Medici e dal Personale sanitario autorizzato, le informazioni necessarie a garantire la sua consapevole adesione alle prestazioni di diagnosi e cura che le verranno proposte in risposta ai suoi bisogni di salute.

Col presente documento le ricordiamo che per l'esecuzione di valutazioni cliniche, procedure diagnostiche strumentali ed interventi riabilitativi, il suo consenso è considerato implicito, fatta salva la dovuta informazione.


Fra questi, a titolo esemplificativo anche se non esaustivo, sono compresi:

- × visite e consulenze specialistiche; esecuzione di test e scale di valutazione
- × somministrazione di terapie farmacologiche per via orale, parenterale (sottocute, intramuscolo ed endovena) ed enterale, fatta eccezione per quanto successivamente dettagliato (vedi oltre)
- × nutrizione per via enterale (PEG) e parenterale ad accessi già presenti
- × posizionamento di catetere vescicale e sondino naso-gastrico
- × prelievi ematici con accesso venoso o arterioso (radiale e femorale)
- × accertamenti di diagnostica per immagini (rx ed ecografie), fatta eccezione per quelli che prevedano infusione di mezzo di contrasto (vedi oltre)

Secondo quanto previsto dalla normativa e dalle prassi consolidate di buona pratica clinica Le verrà invece richiesto di esprimere un **consenso scritto** specifico alla esecuzione delle seguenti procedure/accertamenti:

- × terapia con emoderivati e plasma derivati
- × accertamento diagnostico di infezione da HIV
- × metodiche diagnostiche/assistenziali invasive quali prelievo bioptico, cateterismo venoso (ad inserzione centrale (CVC) o periferica (PICC) o midline), toracentesi, paracentesi, rachicentesi
- × esami endoscopici (comprese video fluoroscopia e fibrolaringoscopia)
- × esami radiologici con mezzo di contrasto
- × esecuzione di RMN
- × trattamenti terapeutici con radiazioni ionizzanti
- × manovre diagnostiche cardiologiche a rischio (test da sforzo)
- × procedure di neurofisiologia (EMG, ENG, PE)
- × somministrazione di farmaci e sostanze con importanti effetti collaterali (citostatici, tossina botulinica, ...)
- × trattamenti anche non farmacologici che possano indurre danni, effetti collaterali e/o indesiderati gravi
- × dosaggio di stupefacenti
- × inserimento in protocolli di studio/sperimentazione clinica
- × corsetto gessato inamovibile

Si precisa che, in presenza di uno stato di necessità, il Medico è tenuto ad intervenire con i relativi provvedimenti non procrastinabili e necessari anche senza l'acquisizione di un consenso. Tale situazione sarà documentata in Cartella Clinica.

MGP.22 Rev. 0 Dicembre 2017 Pag. 2/2	Direzione Sanitaria	Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Presidio Nord 1	
INFORMATIVA GENERALE ALLE CURE			

Il sottoscritto _____ nato il _____
dichiara di aver compreso il contenuto del presente documento ed esprime il proprio consenso a quanto previsto.

Data _____ Firma _____

In caso di impedimento temporaneo o permanente del paziente ad esprimere il consenso, quest'ultimo verrà richiesto al tutore o all'Amministrazione di Sostegno Sanitario, se presenti; in alternativa, per opportunità, verranno informati i familiari.

Il sottoscritto _____ nato il _____
In qualità di

Esercente la responsabilità genitoriale tutore amministrazione di sostegno


del paziente _____ nato il _____
dichiara di aver compreso il contenuto del presente documento ed esprime il proprio consenso a quanto previsto.

Data _____ Firma _____

Il Medico che raccoglie in consenso alle cure

Data _____ Firma _____

Timbro

MGF72 Rev3 25/05/18 pag. 2/3	Direzione Organizzazione	Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Direzione Generale	
CONSENSO SULLA PRIVACY - GENERALE - senza capacità			

4) presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili del paziente da parte della Fondazione Don Carlo Gnocchi-ONLUS al fine di poter partecipare alle attività di intrattenimento, svago e ai momenti ludici e ricreativi organizzati dalla Fondazione.

Si No

5) presta il proprio consenso all'invio di comunicazioni e riviste istituzionali della Fondazione

Si No

6) presta il proprio consenso alla comunicazione dei dati personali e sensibili e, in generale, dello stato di salute del paziente da parte della Fondazione Don Carlo Gnocchi-ONLUS, a favore dei propri familiari e/o delle persone qui di seguito da Lei indicate e che dichiara di aver debitamente informato circa tale operazione di trattamento e di aver acquisito da questi ultimi il relativo consenso

Si No

Sig./Sig.ra _____ Sig./Sig.ra _____

Sig./Sig.ra _____ Sig./Sig.ra _____

7) presta il consenso a comunicare la sola presenza del paziente presso la Struttura a soggetti non indicati al punto precedente.

Si No

A - CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI CON FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO – FSE

RISERVATA A SOGGETTI ESERCENTI LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE, TUTORI, AMMINISTRATORI DI SOSTEGNO

8) presta il consenso all'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico da parte della Fondazione con dati relativi alle prestazioni sanitarie erogate, da oggi in poi , in favore del Paziente in ambito di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione


Si No

9) presta il proprio consenso all'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico con dati relativi alle prestazioni sanitarie erogate, in proprio favore ed in passato , dai presidi della Fondazione

Si No

10) presta il consenso, se ne è a conoscenza, all'inserimento nel Fascicolo Sanitario Elettronico da parte della Fondazione dei dati del Paziente per cui è prevista una maggiore tutela dell'anonimato (dati relativi ad atti di violenza sessuale o di pedofilia; all'infezione da HIV o all'uso di sostanze stupefacenti, di sostanze psicotrope e di alcool, alle prestazioni erogate alle donne che si sottopongono ad interventi di interruzione volontaria della gravidanza o che decidono di partorire in anonimato). *In ogni momento Lei può revocare tale consenso richiedendone l'oscuramento.*

Si No

MGF72 Rev3 25/05/18 pag. 3/3	Direzione Organizzazione	Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Direzione Generale	
CONSENSO SULLA PRIVACY - GENERALE - senza capacità			

B – CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI CON DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO – DSE

RISERVATA A SOGGETTI ESERCENTI LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE, TUTORI, AMMINISTRATORI DI SOSTEGNO

11) presta il consenso alla costituzione del Dossier Sanitario Elettronico con dati relativi alle prestazioni sanitarie erogate in favore del Paziente da oggi in poi

Sì No

12) presta il proprio consenso all'alimentazione del Dossier Sanitario Elettronico con dati relativi alle prestazioni sanitarie erogate in proprio favore in passato dai presidi della Fondazione

Sì No

13) presta il consenso, se ne è a conoscenza, all'inserimento nel Dossier Sanitario Elettronico dei dati per cui è prevista una maggiore tutela dell'anonimato (dati relativi ad atti di violenza sessuale o di pedofilia; all'infezione da HIV o all'uso di sostanze stupefacenti, di sostanze psicotrope e di alcool, alle prestazioni erogate alle donne che si sottopongono ad interventi di interruzione volontaria della gravidanza o che decidono di partorire in anonimato) *In ogni momento Lei può revocare tale consenso richiedendone l'oscuramento.*

Sì No

Luogo _____ Data _____ Firma per dell'interessato _____

Il Consenso è stato liberamente e consapevolmente prestato attraverso il Sig. _____ quale Traduttore /Mediatore Culturale/interprete del soggetto sottoscrittore.

Per quanto non specificato in questo documento si rimanda al Regolamento UE 679/2016 nonché dalla normativa nazionale vigente in materia di privacy

DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

Questa modulistica di ingresso (domanda e scheda sanitaria) è valida per l'inserimento in tutte le RSA ubicate nel territorio di ATS della Città Metropolitana di Milano.

L'obiettivo è quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo dei dati e delle condizioni socio sanitarie della persona che chiede di essere accolta in RSA al fine di valutarne l'idoneità di inserimento. Tutta la modulistica deve essere compilata in maniera completa e leggibile.

GENERALITÀ DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA

(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INSERIMENTO PRESSO LA RSA)

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

in qualità di AdS Tutore Altro, specificare _____

CF _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Recapiti telefonici: _____

E-mail: _____@_____

Altri familiari e persone di riferimento:

Cognome e nome	Grado di parentela	Recapito telefonico
1)		
2)		

PER IL SIG./LA SIG.RA

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____ Età ____ Genere: M F

Documento di identità n. _____ Scadenza ____ / ____ / ____

Codice Assistito _____ Codice Esenzione _____

Medico curante (Nome e recapito telefonico) _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____ Recapito telefonico _____

Domicilio se diverso dalla residenza: _____

ATS di appartenenza _____ Cittadinanza _____

Se cittadino extracomunitario:

Permesso di soggiorno sì no Scadenza ____ / ____ / ____

RICHIEDE INSERIMENTO PRESSO LA RSA

Il sottoscritto, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta. Si impegna inoltre a comunicare alla RSA l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso, etc....)

Firma della persona o del richiedente _____ data _____

DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

<p>MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO</p> <p> <input type="checkbox"/> Condizioni abitative non idonee <input type="checkbox"/> Vive solo/sola <input type="checkbox"/> Perdita autonomia <input type="checkbox"/> Quadro clinico compromesso <input type="checkbox"/> Mantenimento/miglioramento capacità residue <input type="checkbox"/> Rischio permanenza al domicilio <input type="checkbox"/> Altro (ad es: problematiche sociofamiliari) </p>	<p>PROVENIENZA</p> <p> <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Istituto di ricovero per acuti (ospedale) <input type="checkbox"/> Struttura psichiatrica <input type="checkbox"/> Istituto di riabilitazione <input type="checkbox"/> Altra RSA <input type="checkbox"/> Altro: </p>
<p>TIPOLOGIA DI RICOVERO</p> <p> <input type="checkbox"/> Tempo determinato <input type="checkbox"/> Lungodegenza </p> <p>Nucleo Alzheimer <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>CONVENZIONE</p> <p> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, con il seguente ente: </p>
<p>CONDIVISIONE DEL RICOVERO CON L'INTERESSATO</p> <p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO, motivazione: </p> <p>note:</p>	
<p>SITUAZIONE ABITATIVA</p> <p>Con chi vive:</p> <p> <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figli <input type="checkbox"/> Altri parenti: <input type="checkbox"/> Assistente familiare (ore/die) </p> <p><input type="checkbox"/> Altro:</p> <p>Dove vive:</p> <p> <input type="checkbox"/> Abitazione adeguata <input type="checkbox"/> Abitazione parzialmente adeguata <input type="checkbox"/> Abitazione totalmente inadeguata </p> <p>Perché</p> <p> <input type="checkbox"/> Casa di proprietà <input type="checkbox"/> Affitto <input type="checkbox"/> Casa ALER <input type="checkbox"/> Usufrutto <input type="checkbox"/> Altro: </p>	<p>TUTELA</p> <p> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: </p> <p> <input type="checkbox"/> Amministrazione di sostegno / Tutela <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/> Numero decreto: </p> <p><input type="checkbox"/> Altro:</p> <p>Nome e Cognome referente della protezione giuridica (es. AdS, Curatore, Tutore, etc...):</p> <p>Qualifica:</p> <p> <input type="checkbox"/> Familiare: <input type="checkbox"/> Altro (specificare qualifica; ad esempio: Funzionario del Comune, Avvocato nominato dal Tribunale, etc.) </p> <p>Recapiti:</p>

DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO (Legge 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento")

 SI

 NO

SITUAZIONE FAMILIARE

- Coniugato/a
 Divorziato/a
 Celibe/nubile
 Separato/a
 Vedovo/a
 Altro:
 Fratelli (N:)
 Sorelle (N:)
 Figli (N:)
 Figlie (N:)

SITUAZIONE ECONOMICA

- Nessuna pensione
 Anzianità/vecchiaia
 Minima/sociale
 Guerra/infortunio sul lavoro, etc
 Reversibilità
 In attesa di invalidità civile
 Invalidità
 ↳ Codice: _____
 ↳ Percentuale: _____ %
 ↳ Indennità accompagnamento
 sì no In attesa

LIVELLO DI ISTRUZIONE / PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO / INTERESSI

- Nessuna scolarità
 Licenza elementare
 Diploma medie inferiori
 Diploma medie superiore in
 Laurea in
 Altro:
 Professione pre pensionamento
 Interessi / hobby

RETE SOCIO SANITARIA E SOCIALE

Servizi / interventi Socio Sanitari attivi: NO SI (specificare):

- ADi (Assistenza Domiciliare Integrata)
 CDI (Centro Diurno Integrato)
 Misure di sostegno regionali (es. B1, B2, RSA Aperta, Voucher...)

Servizi / interventi Sociali attivi: NO SI (specificare):

- SAD Comunale
 Custode sociale – Portierato Sociale – Alloggio protetto
 Associazioni di volontariato
 Altro (ad esempio: telesoccorso, supporto vicinato, etc)

DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA RSA

- Direttamente
- Servizio Sociale di: Centri Sociali Territoriali Ospedale
- Medico di Medicina Generale (medico curante)
- Medico specialista
- Passaparola
- Pubblicità
- Eventi/manifestazioni
- Internet
- Associazioni

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:

- ⌘ CARTA DI IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO, IN CORSO DI VALIDITÀ
- ⌘ CERTIFICATO DI RESIDENZA O ATTO SOSTITUTIVO DI NOTORIETA' (AUTOCERTIFICAZIONE)
- ⌘ TESSERA SANITARIA
- ⌘ EVENTUALI ESENZIONI
- ⌘ VERBALE INVALIDITÀ
- ⌘ DOCUMENTO RELATIVO ALLA TUTELA (ad esempio copia procura, copia decreto di nomina AdS, etc.)
- ⌘ ACCERTAMENTI CLINICO DIAGNOSTICI RECENTI (SOLO ULTIMI 6 MESI)

EVENTUALI NOTE/OSSERVAZIONI

Ai sensi del D.Lgs.196/ 2003 e del Reg. UE 679/2016 si informa che i dati indicati saranno utilizzati esclusivamente al fine di comunicazione/informazione per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo, come regolamentato nella relativa informativa della Struttura ricevente.

DATA: ____ / ____ / 20__

FIRMA DEL RICHIEDENTE:

NOTE:

.....

.....

.....

.....

.....

SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

Cognome e Nome

Data di nascita / / luogo di nascita

QUADRO CLINICO : PATOLOGIE PRINCIPALI

INDICE DI COMORBILITÀ (CIRS)	DIAGNOSI	ASSENTE	LIEVE	MODERATO	GRAVE	MOLTO GRAVE
Patologie Cardiache (solo cuore) Portatore di PM: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ipertensione (si valuta la severità; gli organi coinvolti vanno considerati separatamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato vascolare (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Occhi / O.R.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato digerente tratto superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato digerente tratto inferiore (intestino, ernie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fegato (solo fegato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rene (solo rene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato Muscolo-Scheletro e Cute (muscoli, scheletro, tegumenti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie sistema nervoso (sistema nervoso centrale e periferico; non include la demenza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie sistema Endocrino-Metabolico (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stato mentale e comportamentale (include demenza , depressione, ansia, agitazione, psicosi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

MALATTIE INFETTIVE CONTAGIOSE IN ATTO

ALLERGIE NON NOTE NO SI, DI CHE TIPO:

INTERVENTI CHIRURGICI E/O RICOVERI OSPEDALIERI E RIABILITATIVI (NEGLI ULTIMI 12 MESI)

ASPETTI CLINICO - FUNZIONALI

Autonomia nel movimento (è possibile barrare più caselle)	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento <input type="checkbox"/> necessità di aiuto costante per la deambulazione <input type="checkbox"/> mobilizzazione solo in poltrona e/o cambi posturali a letto <input type="checkbox"/> necessità di usare il sollevatore <input type="checkbox"/> immobilità a letto
Utilizzo ausili per la deambulazione (è possibile barrare più caselle)	<input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> deambulatore / girello <input type="checkbox"/> altro
Autonomia igiene e cura personale	<input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale
Autonomia nell'uso dei servizi igienici	<input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale
Incontinenza urinaria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Data ultimo posizionamento: / / 20.....
Presidi assorbenti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Nefro /urostomia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Incontinenza fecale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Stomia, sede:.....
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> continua <input type="checkbox"/> discontinua
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (tipo di cannula)
Ventilazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> invasiva <input type="checkbox"/> non invasiva
Catetere venoso centrale (CVC)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede:
Lesioni da pressione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede:Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV Sede:Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
Altre lesioni cutanee (includere ferite chirurgiche)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede:
Cadute ricorrenti (anche senza conseguenze traumatiche)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Numero cadute nell'anno:

SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

DEFICIT SENSORIALI

Ipoacusia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Cecità assoluta	<input type="checkbox"/> SI
Ipoacusia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Corretta con protesi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
		Sordità assoluta	<input type="checkbox"/> SI

DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

Stato di coscienza alterato	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> soporoso <input type="checkbox"/> coma/stato vegetativo (GCS:..... /15)	
Deficit di memoria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Disorientamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> temporale <input type="checkbox"/> spaziale
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	di che tipo:	
Crisi d'ansia / attacchi di panico frequenza	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Deflessione del tono dell'umore	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Deliri	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Allucinazioni	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Aggressività	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	<input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> verbale	
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia	
Wandering (cammino afinalistico) /affaccendamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tentativi di allontanamento inconsapevole/tentativo fuga	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	di che tipo:	
Etilismo/potus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	<input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso	
Abuso/dipendenza da sostanze:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	<input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso	
		Di che tipo:	
Dipendenza gioco	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	di che tipo:	
Tentato suicidio	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	indicare la data: / /	
In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	
Eventuali note e osservazioni:			

PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE

Autonomia nell'alimentazione	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza		
	<input type="checkbox"/> necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.)		
	<input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante nell'alimentarsi/imboccamento		
Edentulia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	Protesi:	<input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore
		Scheletrato:	<input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore
Rifiuto del cibo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
Disfagia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Cibi frullati o omogeneizzati	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
		Addensanti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

**SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA
DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO**

Dieta specifica <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo:	
Alimentazione enterale <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG	Alimentazione parenterale <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> periferica <input type="checkbox"/> centrale
Peso corporeo: kg	Altezza: cm

Intolleranze <input type="checkbox"/> non note <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo:
--

TERAPIA

Non assume terapia farmacologica

Terapia in atto ed orari di somministrazione:

Farmaco/Principio attivo	Posologia

ALTRI TRATTAMENTI:

Emotrasfusione <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tipo _____
Dialisi <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> emodialisi <input type="checkbox"/> dialisi peritoneale	
Altro (chemioterapia, radioterapia, etc)	

EVENTUALE APPROFONDIMENTO:

.....

.....

Data presunta dimissione (se proveniente da altra struttura sanitaria o sociosanitaria): / / 20.....

Nome e Cognome medico curante: Recapito tel.diretto fax e-mail diretta:@.....	Timbro e firma del medico curante
---	---

Data di compilazione: / / 20.....