SI SEGNALA CHE LA DOMANDA INVIATA TELEMATICAMENTE A domandedisabili@ospedaliere.it VIENE PRESA IN CONSIDERAZIONE SOLO SE IN **FORMATO PDF**

Regione Lombardia

ASL Como

Suore Ospedaliere
VILLA SAN BENEDETTO MENNI

RSD di Villa San Benedetto Menni

Riservato alla struttura_____
ID utente_____
Data accettazione:_____

Domanda unica di inserimento in RSA

(La dichiarazione di residenza ha valore di autocertificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 443 del 28.12. 2000)

Generalità dell'Interessato/a (soggetto per cui si chiede il ricovero):

Nome .....**Cognome** ....

M □ F □ Stato Civile..... ASL Residenza.....

Nato/a a..... il .....

Codice Fiscale .....Comune di residenza.....

Via/Piazza.....tel.....

Tipologia ricovero: □ ordinario □ temporaneo per dimissioni da H □ di sollievo **Urgente:** □ sì □ no

Al momento della domanda il paziente si trova:

□ a Domicilio Usufruisce di: □ Assistenza domiciliare sanitaria (ADI) □ Assistenza domiciliare sociale

□ in RSA..... □ in IDR..... .... □ in Struttura privata.....

□ in Ospedale .....reparto: .....telefono.....

Medico Medicina Generale Dott./ssa.....telefono..... .....

Persona di riferimento: nome.....cognome.....

Residente a.....via..... .....

telefono..... .....cell..... grado di parentela.....
Indirizzo e – mail:.....

Titolo di rappresentanza legale (nel caso di persone con deficit delle funzioni cognitive):
□ Amministratore di sostegno □ Tutore □ Curatore

Seconda persona di riferimento: Nome.....**Cognome**.....

Grado di parentela..... tel.....cell.....
Indirizzo e – mail:.....

Situazione economica del soggetto di cui si chiede il ricovero in RSA (Pensione):
□ INPS cat. VO vecchiaia n. .....
□ INPS cat. IO invalidità n. .....
□ INPS cat. SO reversibilità n. .....
□ INPS cat. PS sociale n. .....
□ Stato (INPDAP, Ministero Tesoro, ecc.) n. .....
□ Invalidità civile n. .....
□ Indennità accompagnamento n. .....
□ Altro .....

Accertamento invalidità civile (barrare la casella che interessa)

□ In corso □ Accertata di grado .....% □ Domanda non presentata Ric. L 104: □ Si □ No

Il richiedente: Data..... Firma.....

Per il richiedente: Grado di parentela.....Firma.....

Per il richiedente: Grado di parentela.....Firma.....

Consenso informato al trattamento dei dati (L.. 196/2003)

La legge n° 196/30 giugno 2003 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la legge indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i suoi diritti.
Ai sensi dell'art. 13 della Legge predetta, Le comunichiamo che i dati saranno trattati al solo scopo di valutare le sue condizioni attuali in funzione dell'ammissione in questa RSA o in altre RSA provinciali a cui dovesse fare domanda di ammissione e hanno natura obbligatoria. Gli stessi dati potranno essere forniti alla Regione Lombardia o alla ASL di Como Via Pessina 6 – Direzione Sociale per gli obblighi di legge. Per far valere i suoi diritti così come previsto dall'Art. 7 - 8 - 9 della Legge n° 196/2003 potrà rivolgersi alla Regione, alla ASL di Como o alle R.S.A. da Lei prescelte.

Il sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'Art. 13 della Legge 196/2003, acconsente al trattamento dei propri dati personali da parte delle RSA accreditate nell'ambito territoriale della Asl della provincia di Como, dichiarando di aver avuto, in particolare, conoscenza che alcuni dei dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui all'Art. 23 della Legge citata, vale a dire i dati "Idonei a rilevare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale".

Ribadisco esplicitamente tutti gli impegni e i consensi espressi in ogni parte di questo modulo.

Il richiedente: data.....firma.....

Per il richiedente: nome .....cognome .....

Grado di parentela.....Firma.....

Per il richiedente: nome .....cognome .....

Grado di parentela.....Firma.....

Documenti da allegare alla domanda:

- **Relazione sanitaria del medico curante**
- **Copia Tessera sanitaria**
- **Consenso al trattamento dei dati da parte della RSA per valutazione ingresso anche da parte di altre strutture**
- **Se presente diagnosi di deterioramento cognitivo, certificazione specialistica da struttura accreditata con diagnosi differenziale**
- **Eventuale documentazione sanitaria recente (lettere di dimissione ospedaliera, esami, radiografie, referti che risalgano al massimo a 12 mesi precedenti)**

(Questa RSA si impegna a restituire la documentazione sanitaria entro 5 giorni dall'acquisizione)

CIRS

Il CIRS è uno strumento standardizzato per ottenere una misura della salute somatica dell'anziano. La versione proposta è quella suggerita dalla Regione Lombardia.
Lo strumento richiede che il Medico definisca la severità clinico – funzionale di 14 categorie di patologie: il Medico, sulla base della storia clinica, dell'esame obiettivo e della sintomatologia presentata definisce il livello di gravità per ognuna delle categorie:

CIRS (Cumulative Illness Rating Scale)

Assente (1) Nessuna compromissione di organo o sistema.
Lieve (2) La compromissione di organo, sistema non interferisce con la normale attività, il trattamento può essere richiesto o no, la prognosi è ottima (esempi possono essere abrasioni cutanee, ernie, emorroidi).
Moderata (3) La compromissione di organo o sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario, la prognosi è buona (esempi possono essere colelitiasi, diabete, fratture).
Grave (4) La compromissione di organo o sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (esempi possono essere carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco).
Molto grave (5) La compromissione di organo o sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (esempi possono essere infarto del miocardio, stroke, sanguinamento gastrointestinale, embolia).

Si ottengono due indici:

- l'indice di severità, che risulta dalla media dei punteggi delle prime 13 categorie (escludendo la categoria patologie psichiatrico/comportamentali);
- l' indice di comorbidità, che rappresenta il numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore od uguale a 3 (escludendo la categoria patologie psichiatrico/comportamentali)

Quanto sopra è il modo indicato e corretto per il calcolo dell'indice di severità, tuttavia si dimostra poco sensibile nel differenziare diversi quadri clinici. In alternativa si può fare la media dei punteggi degli item delle patologie con punteggio superiore a 3, togliendo così l'effetto "pavimento" che determina nel calcolo la considerazione dei punteggi 1, cioè di assenza di patologia. Indicare sempre quale delle due procedure di conteggio si è seguita.
Altro punto critico è la non considerazione dell'item 14, vista l'incidenza delle patologie dovute a demenza, nella popolazione degli "anziani fragili" (popolazione che ricopre il maggior numero di ricoveri di sollievo). In ogni caso questo item NON va conteggiato.

INDICE DI COMORBIDITA'(CIRS)

Patologia	assente	lieve	moderato	grave	molto grave
Patologia cardiaca (solo cuore)					
Ipertensione (solo la severità, non gli organi coinvolti)					
Patologia vascolare (sangue / vasi / midollo /milza / sist. linfatico)					
Patologia respiratoria (polmoni / bronchi / trachea sotto la laringe)					
O.O.N.G.L. (occhio / orecchi / naso / gola / laringe)					
Apparato gastroenterico superiore (esofago / stomaco / duodeno / albero					

biliare / pancreas)					
Apparato gastroenterico inferiore (intestino/ernie)					
Patologia epatica (solo fegato)					
Patologia renale (solo rene)					
Patologie genito-urinarie (uretere/vescica/uretra/prostata/genitali)					
Patologia muscolo / scheletrico / cute (muscoli / scheletro / tegumenti)					
Patologia sistema nervoso (s.n.c. / periferico / non include demenza)					
Patologia endocrino/metabolica (diabete / patol. tiroide ecc.)					
Patologia psichiatriche/comportamentali (demenza /depressione /ansia /agitazione / psicosi)					

INDICE DI SEVERITA'..... (media dei punteggi prime 13 categorie)

INDICE DI COMORBIDITA'..... (n° di categorie, solo le prime 13, con punteggio >/= 3)

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA e PROSSIMA

.....

.....

.....

.....

.....

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO (indicare farmaco e posologia)

.....

.....

.....

.....

NOTE:.....

.....

.....

Nome e cognome del medico .....

Tel..... ***e – mail*** .....

....

timbro e firma del medico

data di compilazione

(La presente certificazione ha validità annuale)

Regione Lombardia
ASL Como

Suore Ospedaliere
VILLA SAN BENEDETTO MENNI

Riservato alla struttura_____
ID utente_____
Data accettazione:_____

Nome.....Cognome.....

Relazione sanitaria del medico curante
(a cura del medico curante, o del reparto ospedaliero o di altra struttura in cui si trova l'interessato)

INDICI FUNZIONALI				
	Autonomo	**Con supervisione**	**Con aiuto**	**Totale dipendenza**
Trasferimenti letto /sedia	☐	☐	☐	☐
Deambulazione	☐	☐	☐	☐
Locomozione su sedia a rotelle	☐	☐	☐	☐
Igiene personale	☐	☐	☐	☐
Alimentazione	☐	☐	☐	☐

INDICI COGNITIVI				
Demenza certificata da UVA ospedaliera ☐ Si data: ☐ No	**Assente**	**Lieve**	**Moderata**	**Grave**
Confusione/orientamento spazio temporale	☐	☐	☐	☐
Irritabilità	☐	☐	☐	☐
Irrequietezza	☐	☐	☐	☐
Vagabondaggio afinalistico	☐	☐	☐	☐
Allucinazioni (visive e/o uditive)	☐	☐	☐	☐
Aggressività (verbale e/o fisica)	☐	☐	☐	☐
Apatia	☐	☐	☐	☐
Inversione ritmo sonno/veglia	☐	☐	☐	☐

PROFILI di GRAVITA'		
Lesioni cutanee ☐ SI ☐ NO		
da pressione ☐ SI ☐ NO	**Sede**	
vascolari ☐ SI ☐ NO	**Sede**	
Ausili per il movimento	☐ SI	☐ NO
Bastone / deambulatore	☐ SI ☐ di proprietà ☐ ASL	
Carrozzina	☐ SI ☐ di proprietà ☐ ASL	
Gestione incontinenza	☐ SI	☐ NO
Pannolone / catetere esterno	☐ SI	☐ NO
Catetere vescicale a permanenza	☐ SI	☐ NO
Ano artificiale	☐ SI	☐ NO
Stomia	☐ SI specificare.....	☐ NO
Alimentazione artificiale	☐ SI	☐ NO
S.N.G. (sondino naso gastrico)	☐ SI	☐ NO
P.E.G.	☐ SI	☐ NO
Insufficienza respiratoria	☐ SI	☐ NO
Ossigeno al bisogno	☐ SI	☐ NO
Ossigeno costante	☐ SI	☐ NO
Dialisi	☐ SI	☐ NO
Dialisi peritoneale	☐ SI	☐ NO
Dialisi extracorporea	☐ SI	☐ NO
Allergie Farmaci	☐ SI	☐ NO
Allergie Alimenti	☐ SI.....	☐ NO
Patologie infettive / contagiose in atto	☐ SI.....	☐ NO