



UOC Rete Cure Palliative e RSA
(integrazione ospedale/territorio)
rsa.hospice@pec.aslroma2.it
ricoveri.rsa@aslroma2.it

Tel 06 41435058 – 0641435059 (Segreteria - RSA)

Ospitalità in RSA

Protocollo n°. _____ / _____

OPZIONE DI SCELTA PER OSPITALITA' IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA)

Si richiede per il Sig. _____ Codice fiscale _____

1. l'inserimento nella lista d'attesa per l'ospitalità in RSA nel territorio della ASL ROMA 2 :

LA PRIMA STRUTTURA DISPONIBILE

SOLO QUELLE SOTTO INDICATE:

Mantenimento Alto

- Alessandrino
 Madonna di Divino Amore
 Neurological Center of Latium

- Villa Tuscolana
 Appia Felice
 Magnolia

- S. Michele Arcangelo
 Longoni
 Mendicini
 Villa Lucia

Mantenimento Basso

- Castello della Quiete
 Magnolia

- Istituto S. Michele Toti
 Longoni

Semi-Residenziale

- Longoni

2. Nulla Osta per l'ospitalità in RSA nel territorio di un'altra ASL regionale

A tal fine si allega la seguente documentazione: **fotocopia documento di riconoscimento, fotocopia tessera sanitaria dell'ospite.**

- Sono a conoscenza che la mancata conferma dell'accettazione del posto in RSA alla comunicazione della disponibilità ed il mancato ritiro dell'autorizzazione, comporteranno la retrocessione all'ultimo posto della lista di attesa;
- Sono consapevole che la seconda mancata conferma all'accettazione del posto in RSA comporterà automaticamente la cancellazione dalla lista di attesa.
- Mi impegno, pertanto, a comunicare tempestivamente ogni variazione di recapito o eventuale rinuncia a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, trasferimento, ecc.). L'atto della richiesta è comprensivo del consenso dell'interessato al trattamento per fini istituzionali dei propri dati personali, ai sensi del D.Lgs.n.196/2003 e s.m.i.
- Il sottoscritto dichiara che la domanda è stata redatta con il consenso della persona interessata e che è a conoscenza che la diaria giornaliera di carattere sociale alberghiero è a carico dell'utente e che è possibile presentare la domanda di prestazione integrativa al Municipio competente, muniti di **Modello ISEE Sociosanitario Residenze.**

Il Richiedente Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____ in qualità di _____

Documento di riconoscimento _____ n°. _____ Rilasciato da _____ il ____/____/____

Tel. _____ Cellulare _____ E-mail _____

Data _____ Firma _____

**RICHIESTA DI OSPITALITA' IN RSA**(DA COMPILARE A CURA DEL RICHIEDENTE, DEI FAMILIARI REFERENTI
OPPURE DELLA PERSONA DI RIFERIMENTO AI SENSI DELL'ART. 433 C.C.)

IL SOTTOSCRITTO		COD.FISCALE	
NATO il	a		
RESIDENTE	Via/Piazza	CAP	
Telefono /Cellulare			
in qualità di (correlazione familiare)			

CHIEDE LA VALUTAZIONE MULTISCIPLINARE PER L'ACCESSO IN RSA

per il SIG./ra		COD.FISCALE	
NATO il	a		
RESIDENTE IN	via/Piazza	CAP	
DOMICILIATO IN	Via/Piazza	CAP	
Telefono /Cellulare (di riferimento)			
MEDICO DI BASE	Telefono /Cellulare		

A TAL FINE DICHIARA CHE L'UTENTE PER CUI E' RICHIESTA LA VALUTAZIONE

Usufruisce dei servizi socio-sanitari pubblici?	Se SI per quale tipo di assistenza?		
Assistenza economica			
Assistenza domiciliare dei Servizi Sociali			
Assistenza domiciliare sanitaria erogata dal CAD			
Riabilitazione domiciliare erogata da centri accreditati			

Presenta le seguenti condizioni:

Stato Giuridico

Soggetto di diritto	
Soggetto posta a curatela	
Soggetto posta a tutela	

Stato Civile

Celibe/Nubile	
Coniugato/a	
Separato/a	
Divorziato/a	
Vedovo/a	

Titolo di studio

Senza titolo di studio	
Licenza elementare	
Licenza media inferiore	
Licenza media superiore	
Laurea	

Pensione percepita

Sociale	
Vecchiaia	
Invalidità	
Reversibilità	
Vitalizio/Assicurazione	
Assegno accompagnamento	
Altro	
Nessuna	

Condizione non professionale

Invalidità	
Altro	



Ha a disposizione un alloggio adeguato?

SI NO **Tipologia****Composizione del nucleo conviventi**

Di proprietà		Vive solo/a	
In affitto		Con coniuge (anno di nascita)	
In casa con i figli		Con figli adulti (n. figli)	
In casa con altri parenti		Con genitori	
In casa di riposo		Con altri parenti	
In altra struttura		Con NON parenti	
		Con personale retribuito	

REFERENTI FAMILIARI TENUTI ALL'OBBLIGO DEGLI ALIMENTI AI SENSI DELL'ART. 433 DEL CODICE CIVILE

NOMINATIVO	RELAZIONE FAMILIARE	CODICE FISCALE

Si rilascia la presente dichiarazione sotto la propria responsabilità, valendosi della disposizione di cui agli articoli 2 e 4 della Legge 04/01/1968 n. 15, consapevole della pena stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, art. 483,495 e 496 del Codice Penale, ai sensi e per effetti dell'art. 24 della Legge 13/04/1977, n.114

Data _____

Firma dei familiari richiedenti o dei referenti dell'utente

Alla presentazione della richiesta allegare :

- documento di riconoscimento dell'utente candidato
- documento/i di riconoscimento dei familiari o referenti
- modulo consenso al trattamento dei dati personali compilato e firmato dall'utente o dai familiari o referenti
- modulo sanitario compilato dal Medico di Medicina Generale o Medico ospedaliero oppure dal Medico Specialista del SSN

NOTE

Nel caso in cui ricorrano le condizioni di un eventuale compartecipazione economica del Comune di Residenza per la corresponsione della quota parte delle rette per le spese residenziali deve essere prodotta la documentazione attestante l' **ISEE socio-sanitario-residenziale** richiedibile presso i CAF.

**SCHEDA INFORMATIVA SULLA PRIVACY ED AUTOCERTIFICAZIONE (DCA 431/2012)**

In osservanza delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali desideriamo informarla che i dati personali e anagrafici da Lei forniti formano oggetto di trattamento da parte di questo servizio.

1. Quali dati trattiamo? I dati identificativi (nome, cognome, codice fiscale, indirizzo, telefono) e quelli inerenti il suo stato di salute e le sue condizioni sociali, indispensabili a consentire il corretto svolgimento del rapporto professionale e di fiducia, che ci lega.
2. Come raccogliamo i dati, perché li trattiamo? I dati vengono raccolti attraverso i modelli compilati dal suo medico di fiducia ed anche: direttamente da noi durante la segnalazione e l'accettazione della richiesta, la visita, e talora telefonicamente. Essi vengono raccolti e registrati parzialmente su carta e parzialmente a livello informatico, per le finalità esplicite e legittime connesse all'assistenza richiesta. Ai dati può accedere solo il personale incaricato, nel rispetto delle misure minime di sicurezza previste dal Codice delle Privacy.
3. E' obbligatorio fornire i dati, cosa accade se non vengono forniti? I dati personali richiesti sono assolutamente necessari per le finalità del servizio, senza di essi non possiamo soddisfare le sue necessità, il rifiuto a fornirli comporterà quindi l'impossibilità di instaurare il rapporto necessario per assisterla.
4. A chi possono essere comunicati i dati, quali è l'ambito di diffusione? Nell'ambito delle attività di tipo amministrativo-sanitario si rende spesso necessaria la comunicazione di alcuni dei dati trattati a diversi soggetti quali ad esempio laboratorio analisi, farmacia, Medico Curante, "RSA", hospice, reparti ospedalieri, soggetti accreditati del ruolo sanitario che operano per conto della ASL. Per gli utilizzatori di apparecchi elettro-medicali salvavita (es. ventilatori ed aspiratori) il pianto anti black-out prevede inoltre comunicazione nell'Ente erogatore di energia elettrica, dall'ufficio della protezione civile ed al 118. Nel caso di assistiti che necessitano anche di interventi socio-assistenziali (ambito amministrativo sociale) le comunicazioni possono essere necessarie con i servizi sociali del comune o del consorzio dei comuni del distretto. La ASL ed il comune si impegnano a non comunicare o diffondere alcuna informazione che la riguarda a fini diversi da quelli enunciati. Ovviamente rispondiamo alle intimazioni e alle ordinanze delle Autorità Giudiziarie, collaboriamo nei procedimenti legali ed adempiamo alle disposizioni impartite da Autorità e organi di vigilanza e controllo.
5. Quali sono i suoi diritti, come farli valere? Potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti, direttamente a noi o alla Direzione Aziendale, in qualsiasi forma (e-mail, fax, lettera). In relazione al trattamento di dati personali Lei ha difatti diritto: A) di indicare i soggetti da escludere nelle fasi di comunicazione B) di conoscere in ogni momento quali sono i suoi dati personali in nostro possesso e come essi vengano utilizzati C) di fare aggiornare, integrare, rettificare o cancellare tali dati, D) di chiedere la sospensione od opporsi al loro trattamento, inviando una richiesta in tal senso, in qualsiasi forma, E) nell'esercizio di tali di dritti può conferire, per iscritto, delega o procura o persone fisiche o ad associazioni.
6. Chi tratta materialmente i dati, chi ne è titolare? Ogni professionista della ASL e del Comune secondo le sue personali esigenze svolge la funzione di titolare del trattamento dati.

Acconsento al trattamento esclusivamente ai seguenti soggetti (cancellare quelli che non interessano):

MEDICO FAMIGLIA / MEDICO OSPEDALIERO / OPERATORE PUA / CAD / TSMREE/ SERVIZI SOCIALI COMUNE / SERT/ DSM / OPERATORI UNITA' VALUTATIVA _____

NON AUTORIZZO il personale di questa struttura a comunicare a chiunque notizie sul mio stato di salute ovvero la presenza presso questa struttura.

AUTORIZZO il personale di questa struttura a comunicare notizie sul mio stato di salute ovvero la mia presenza presso questa struttura esclusivamente alle seguenti persone:

Sig. _____ Tel. _____

Sig. _____ Tel. _____

Roma, (data) _____ Firma _____

Se non è il diretto titolare del diritto allegare autocertificazione.

Inviare via mail a coarsa@aslroma2.it

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLA
CERTIFICAZIONE GENERICA**

(D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 Allegato n.3 al DCA 431/2012)

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.455

Il Sottoscritto

_____ nato a _____, il ____/____/____

residente a _____ (prov. _____) _CAP_____

in _____ n° _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art; 76 D.P.R. n: 445/2000

DICHIARA CHE

L'interessato/a cui si riferisce la segnalazione / richiesta di intervento distrettuale,

Sig. /Sig.ra

_____ nato a _____ il ____/____/____

residente a _____ CAP_____ i

in via/piazza _____ n° _____

E' impossibilitato ad esprimere il suo consenso al trattamento dei dati necessari a dare seguito alla segnalazione stessa, trovandosi in un delle seguenti condizioni: impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere e volere.

Il consenso viene pertanto espresso dal sottoscritto, che si trova in una delle seguenti condizioni (cancellare le voci che non interessano):

- esercente legalmente la potestà
- prossimo congiunto
- familiare
- convivente
- altro (specificare): _____

Firma _____

Allegare fotocopia del Documento in corso di validitàInviare via mail a coarsa@aslroma2.it

**Modello unico per attivazione ADI - RSA – Riabilitazione Territoriale (ex art. 26 833/78)**
(da compilarsi a cura del MMG/PLS o medico ospedaliero/medico specialista ambulatoriale)

Cognome _____		Nome _____	
Luogo di nascita _____		Data di nascita _____	
Indirizzo di residenza : Via _____		n. civico	
Codice Fiscale		Telefono _____	
Comune di residenza _____		Municipio (solo per Roma)	
Domicilio (se diverso da residenza) : _____			
Persona di riferimento) _____			
(specificare relazione se familiare o altro)		Cognome	Nome
			Recapito telefonico
Diagnosi e descrizione problema principale _____			

Esito di recente evento acuto (ultimi 90 gg)? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no			
Paziente trasportabile con i comuni mezzi <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no			
Altre condizioni cliniche : <input type="checkbox"/> diabete <input type="checkbox"/> cardiopatia <input type="checkbox"/> insufficienza cardiaca <input type="checkbox"/> malattie vascolari			
<input type="checkbox"/> insufficienza respiratoria <input type="checkbox"/> epatopatie non alcoliche <input type="checkbox"/> epatopatie alcoliche <input type="checkbox"/> esiti frattura femore			
<input type="checkbox"/> esiti altre patologie ortopediche <input type="checkbox"/> malattie osteomuscolari <input type="checkbox"/> esiti di ictus <input type="checkbox"/> demenza <input type="checkbox"/> altre mal.			
Neurologiche <input type="checkbox"/> malattia psichiatrica <input type="checkbox"/> disturbi sensoriali <input type="checkbox"/> disabilità intellettiva <input type="checkbox"/> paralisi cerebrale			
infantile <input type="checkbox"/> disturbo gen. dello sviluppo <input type="checkbox"/> neoplasie (<input type="checkbox"/> locoregionale <input type="checkbox"/> metastatica <input type="checkbox"/> (stato di cachessia)			
<input type="checkbox"/> altro _____			
Principali terapie mediche in atto: _____			

CONDIZIONI CLINICHE ATTUALI (dati di rilievo)			
Stabilità clinica <input type="checkbox"/> Stabile <input type="checkbox"/> Moderatamente instabile <input type="checkbox"/> Instabile			
Stato di coscienza <input type="checkbox"/> Orientato nello spazio <input type="checkbox"/> Orientato nel tempo <input type="checkbox"/> Confuso			
<input type="checkbox"/> Lucido <input type="checkbox"/> Soporoso / Stuporoso <input type="checkbox"/> Coma			
Disturbi cognitivi <input type="checkbox"/> Assenti <input type="checkbox"/> Lievi <input type="checkbox"/> Moderati <input type="checkbox"/> Gravi			
Disturbi comportamentali (su base psichica o psicorganica) <input type="checkbox"/> Assenti <input type="checkbox"/> Lievi <input type="checkbox"/> Moderati <input type="checkbox"/> Gravi			
Dolore 0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10 (0= assenza di dolore; 10= massimo dolore immaginabile)			
Mobilità <input type="checkbox"/> Indipendente (anche con carrozzina) <input type="checkbox"/> Cammina con l'aiuto di una persona			
<input type="checkbox"/> Totalmente dipendente (allettato o carrozzina spinta da altri)			
Alimentazione <input type="checkbox"/> Autonoma <input type="checkbox"/> Mangia e beve assistito <input type="checkbox"/> Rifiuta alimentazione <input type="checkbox"/> Nutrizione artificiale			
Supporto sociale; Vive: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Con coniuge <input type="checkbox"/> Con figli <input type="checkbox"/> Con genitori <input type="checkbox"/> altri			
Assistito da: <input type="checkbox"/> Familiari <input type="checkbox"/> Altre persone (vicini, badante,...)			

Necessità assistenziali particolari in atto o da assicurare

- Chemio/radioterapia in atto Ossigenoterapia (OLT) Ventilazione meccanica assistita
 Tracheostomia Broncoaspirazione Drenaggio posturale Dialisi Trasfusioni periodiche
 Nutrizione Parenterale Nutrizione enterale (SNG PEG) Catetere vescicale (a permanenza a intermittenza) Catetere sovrapubico Uretronefrostomia Catetere Venoso Centrale o Periferico (CVC o PICC) Catetere epidurale Drenaggi Enterostomia Ulcere cutanee da qualsiasi causa
 Terapia infusioneale ECG periodici prelievi ematici periodici
 Accessi MMG/PLS (ADP) con periodicità: settimanale quindicinale mensile
 Visite specialistiche periodiche (specificare) _____
 Altro _____

PERCORSO ASSISTENZIALE RICHIESTO

- Riabilitazione Territoriale (ex art.26 833/78) in regime:
 Residenziale Semiresidenziale Domiciliare
 ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) RSA (Assistenza Residenziale a lungo termine)

Finalità e obiettivi del percorso assistenziale richiesto:

- Stabilizzazione e prevenzione progressione dei sintomi Monitoraggio stato clinico/assistenziale
 Recupero funzioni perdute o ridotte Prevenzione anchilosi/ipomobilità Sviluppo strategie compensatorie Educazione utilizzo protesi/ausili Altro _____

Il compilatore

- MMG/PLS** **Medico ospedaliero** **Specialista ambulatoriale**

Cognome _____ Nome _____

Recapito tel _____ e-mail _____ **Se**

medico ospedaliero o specialista ambulatoriale specificare anche:

Ospedale/Servizio _____

Reparto/Unità Operativa _____

Data _____ **Timbro e Firma** * c.r. _____

Da inviare a: coarsa@aslroma2.it

* codice regionale