



MODELLO UNICO

PER INSERIMENTO NELLE STRUTTURE SOCIO-SANITARIE E ASSISTENZIALI GESTITE DALLA COOPERATIVA SOCIALE SAN MICHELE

Questo modello consente l'ammissione nelle liste di attesa delle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali gestite dalla San Michele Società cooperativa sociale di Tirano.

L'interessato può indicare più di una struttura nella cui lista d'attesa desidera essere inserito e può contemporaneamente presentare domanda presso altri soggetti gestori di strutture analoghe. I criteri di ammissione a ciascuna struttura sono indicati nella carta dei servizi che l'interessato può consultare sul sito internet della cooperativa.

La compilazione del presente modello di domanda presuppone la conoscenza e l'accettazione delle regole di gestione delle ammissioni adottate da ciascuna struttura.

Una volta accolto in una struttura, l'utente può decidere se rimanere o meno inserito nella lista d'attesa degli altri soggetti gestori di strutture analoghe.

Il modulo si compone di tre parti:

- i primi due fogli contengono notizie anagrafiche e devono essere compilate dall'interessato ovvero dall'amministratore di sostegno, dal tutore o dal rappresentante unico della famiglia dell'interessato all'ammissione;
- il terzo foglio contiene l'informativa su trattamento dei dati personali, il rilascio del consenso e il consenso al trattamento sanitario;
- gli altri fogli consentono l'inquadramento clinico funzionale e devono essere compilati dal medico.

Alla Direzione della Struttura:

- RESIDENZA SANITARIO – ASSISTENZIALE PER PERSONE CON DISABILITÀ “TIRANO”*
- CENTRO DIURNO DISABILI “CHIARA BOSATTA” - TIRANO*
- CENTRO DIURNO DISABILI “SAN MICHELE” - TIRANO*
- COMUNITÀ SOCIO SANITARIA PER PERSONE CON DISABILITÀ “LA SORGENTE” - VALDISOTTO*
- COMUNITÀ ALLOGGIO PER PERSONE CON DISABILITÀ “LA SORGENTE” - VALDISOTTO*
- CENTRO SOCIO EDUCATIVO “LA SORGENTE” - VALDISOTTO*

DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA:

--	--	--	--	--	--	--	--



TIPOLOGIA ASSISTENZIALE RICHIESTA

Ricovero ordinario Ricovero temporaneo – periodo _____

Pensione tipo Anzianità / Vecchiaia Reversibilità Invalidità civile

Nessuna pensione Altro _____

Invalidità civile In corso Riconosciuta al _____% Domanda non presentata

Assegno di accompagnamento Non riconosciuto Riconosciuto In attesa Domanda non presentata

Provenienza Utente

dal domicilio: Usufruisce di SAD ADI

in dimissione da struttura psichiatrica

in dimissione da struttura sanitaria

in dimissione da Istituto di riabilitazione

in dimissione da altro regime o tipologia:

Residenza Sanitario-Assistenziale per Disabili RSD

Centro Diurno Disabili

Comunità Socio Sanitaria per Disabili

Comunità Alloggio per Disabili

Centro Socio Educativo – CSE

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 singole strutture 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 l'inserimento nella struttura prescelta determinerà l'obbligo alla corresponsione di una retta nell'importo stabilito dalle singole strutture

che l'ammissione è subordinata alla formale presenza di un legale rappresentante, quale tutore o amministratore di sostegno

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) ed il Regolamento UE 2016/679 garantiscono 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 delle suddette norme, La informiamo che per poter dar corso all'inserimento in lista d'attesa per l'ingresso in una delle strutture gestite dalla San Michele Soc. cooperativa sociale è necessario conoscere taluni dati personali e sanitari dell'utente, 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 nelle strutture prescelte 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 richiesti con il presente modulo è una libera facoltà; questa rappresenta però una condizione imprescindibile per l'Ente Gestore per l'espletamento delle procedure amministrative connesse alla richiesta di iscrizione nelle liste d'attesa delle strutture gestite dalla cooperativa ed al successivo eventuale ingresso, che diversamente non potranno aver luogo.

I dati forniti potranno essere comunicati:

1. all'interno dell'Ente gestore agli operatori incaricati;
2. all'esterno dell'Ente gestore:
 - all' ATS della Montagna, Regione Lombardia;
 - agli 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 nonché del Reg. UE 2016/679;
- in relazione al trattamento dei Suoi dati potrà esercitare tutti i diritti di cui all'art.7, del D.Lgs.196/03 e dal citato Reg UE 2016/679, 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 la San Michele Società cooperativa sociale - Piazza Basilica 15, Tirano
 - nella persona del suo legale rappresentante. Contatti: tel. 0342-704334 fax 0342-704768 mail privacy@coopsanmichele.com;
- i responsabili del trattamento dei dati sono il direttore dell'Ente Gestore, il direttore sanitario, i responsabili d'area ed i coordinatori di ciascuna struttura prescelta;
- la San Michele ha designato il sig. Romano Poletti quale Responsabile della Protezione dei Dati;



- l'interessato ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali;
- possono essere effettuate riprese foto e video, da pubblicare sul sito della cooperativa o su altri media, compresi i social, al solo scopo di documentare e rappresentare le attività svolte;
- i dati sono utilizzati per il periodo in cui vengono erogati i servizi, prolungato non oltre i cinque anni successivi alla sua conclusione, fatti salvi eventuali obblighi di legge;
- i dati ottenuti dal sistema di videosorveglianza per garantire la sicurezza degli ospiti, sono conservati per un massimo di 24 ore, trascorse le quali vengono eliminati;
- la San Michele Soc. cooperativa sociale non utilizza processi decisionali automatizzati, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Reg. UE n. 679/2016.

San Michele Società cooperativa sociale

Avendo appreso consapevolmente quanto contenuto nell'informativa sopra riportata ed in particolare che il trattamento riguarderà anche dati sensibili, con particolare riguardo a quelli che concernono la situazione personale e sanitaria,

ESPRIMO IL CONSENSO

al trattamento dei dati personali, comuni e sensibili del/la Sig./ra _____.

data

firma dell'interessato

ESPRIMO INOLTRE IL CONSENSO

alla realizzazione di riprese foto e video ed al loro utilizzo e diffusione allo scopo di documentare le attività svolte dalla cooperativa.

data

firma dell'interessato

**DATI CLINICI RELATIVI ALL'OSPITE****- AREA AUTONOMIA -**

1. ALIMENTAZIONE	
Indipendente	<input type="checkbox"/>
Necessita di aiuto	<input type="checkbox"/>
Dipendente (deve essere imboccato o alimentato)	<input type="checkbox"/>
2. BAGNO-DOCCIA	
Indipendente	<input type="checkbox"/>
Necessita di aiuto	<input type="checkbox"/>
Dipendente	<input type="checkbox"/>
3. IGIENE PERSONALE	
Indipendente	<input type="checkbox"/>
Necessita di aiuto	<input type="checkbox"/>
Dipendente (sostituzione – aiuto – supervisione)	<input type="checkbox"/>
4. VESTIRSI	
Indipendente	<input type="checkbox"/>
Necessita di aiuto	<input type="checkbox"/>
Dipendente	<input type="checkbox"/>
5. CONTINENZA INTESTINALE	
Continente - autonomo nell'uso di clisteri	<input type="checkbox"/>
Occasionale incontinenza – aiuto per clisteri	<input type="checkbox"/>
Incontinente	<input type="checkbox"/>
6. CONTINENZA URINARIA	
Continente – gestione autonoma di dispositivo esterno	<input type="checkbox"/>
Occasionale incontinenza – aiuto per dispositivo esterno	<input type="checkbox"/>
Incontinente	<input type="checkbox"/>
7. USO DEL WC	
Indipendente (per uso wc o padella/pappagallo)	<input type="checkbox"/>
Necessita di aiuto	<input type="checkbox"/>
Dipendente	<input type="checkbox"/>
8. TRASFERIMENTI LETTO - SEDIA - CARROZZINA	
Indipendente	<input type="checkbox"/>
Necessita di aiuto o supervisione	<input type="checkbox"/>
In grado di sedersi ma richiede assistenza per trasferirsi	<input type="checkbox"/>
Incapace (non equilibrio da seduto)	<input type="checkbox"/>
9. DEAMBULAZIONE	
Indipendente (può usare ausili)	<input type="checkbox"/>
Necessita di aiuto di una persona	<input type="checkbox"/>
Indipendente con carrozzina	<input type="checkbox"/>
Non deambula	<input type="checkbox"/>
10. FARE LE SCALE	
Indipendente (può usare ausili)	<input type="checkbox"/>
Necessita di aiuto o supervisione	<input type="checkbox"/>
Incapace	<input type="checkbox"/>



- AREA SANITARIA -

<p>1. EVENTO INDICE (es. CAUSA DI DISABILITA') – data evento: ____/____/____</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>2. COMORBOSITA' SIGNIFICATIVE</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>3. PATOLOGIE CRONICO DEGENERATIVE</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SPECIFICARE:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>4. PATOLOGIE INFETTIVE</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SPECIFICARE:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>5. SINDROMI</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SPECIFICARE:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>



6. PATOLOGIE NEUROLOGICHE

- SI
- NO
- SPECIFICARE:

.....

.....

.....

7. PATOLOGIE PSICHIATRICHE

- SI
- NO
- SPECIFICARE:

.....

.....

.....

8. PATOLOGIE DELL'APPARATO URINARIO

- SI
- NO
- SPECIFICARE:

.....

.....

.....

9. DISFAGIA

- SI
- NO
- SPECIFICARE:

.....

.....

.....

10. SONDE/CATETERI/STOMIE

- SI
- NO
- SPECIFICARE:

.....

.....

.....

11. ABUSO DI SOSTANZE (attuale o pregresso)

- SI
- NO
- SPECIFICARE:

.....

.....

.....

12. UTILIZZO DI AUSILI PER LA RESPIRAZIONE

- SI
- NO
- QUALI:

.....

.....

.....

13. TERAPIA FARMACOLOGICA

- SI
- NO
- MODALITA' DI ASSUNZIONE (OS I.M- E.V S.C-
- ALTRO.....)

14. CAPACITA' DI ASSUNZIONE

- AUTONOMIA
- NO
- CON AIUTO
- SUPERVISIONE

15. NECESSITA DI ASSISTENZA E/O SORVEGLIANZA

- CONTINUA
- DIURNA
- NOTTURNA
- PARZIALE
- NON NECESSITA

**- AREA COMPORTAMENTALE -**

Indicare con una crocetta il valore al relativo indicatore

*Legenda:*0) *mai*1) *meno di 1 volta alla settimana*2) *1 o 2 volte alla settimana*3) *alcune volte alla settimana*4) *1 o 2 volte al giorno*5) *alcune volte al giorno*6) *più volte all'ora*

INDICATORE	0	1	2	3	4	5	6
Vagabondaggio							
Sputare (incluso il cibo)							
Bestemmie e aggressioni verbali							
Costanti richieste ingiustificate di attenzione o aiuto							
Colpire (incluso sé stesso)							
Scalciare							
Afferrare le persone							
Spingere							
Lanciare gli oggetti							
Urlare							
Mordere							
Graffiare							
Mangiare e bere sostanze inadeguate							
Rompere o distruggere gli oggetti							
Eeguire azioni ripetitive							
Irrequietezza generale							

Timbro e firma del Medico compilatore

Data: