

Allegato 1

DOMANDA ACCOGLIENZA PROGETTO SPERIMENTALE DI SOLLIEVO

1) DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA IN CONDIZIONE DI DISABILITA'

- Cognome e nome: _____
- Codice fiscale: _____
- Data di nascita: _____
- Luogo di nascita: _____
- Residenza (via, n°, comune, CAP): _____
- Domicilio (se diverso): _____
- Medico di Medicina Generale (nome e recapito): _____

2) DATI DEL CAREGIVER / REFERENTE PRINCIPALE

- Cognome e nome: _____
- Relazione con la persona:
 Genitore Familiare Tutore/Amministratore Altro: _____
- Telefono: _____ Email: _____

3) SCELTA DELL'ENTE INDIVIDUATO PER L'ACCOGLIENZA IN RICOVERO DI SOLLIEVO

- MONSERENO NO LIMITS ONLUS - IMBERSAGO
- OPERA DON GUANELLA – CASSAGO BRIANZA

4) MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA (bisogno di sollievo)

- Supporto al caregiver
- Periodi di particolare stress/fatica familiare
- Assenza temporanea caregiver (lavoro, salute, impegni)
- Potenziamento autonomia/relazione sociale
- situazione di urgenza/emergenza (da specificare e documentare)

Altro: _____

5) ANAMNESI SOCIALE E FUNZIONAMENTO

Alimentazione: Autonomo Assistito Frullata PEG Altro:

Note: _____

Rischio soffocamento/disfagia: No Sì (note):

Note: _____

Igiene e cura: Autonomo Supervisione Parziale Totale assistenza

Continenza: Continente Incontinenza urinaria fecale presidi

Sonno: Regolare Difficoltà (quali):

Note: _____

Dolore / crisi / emergenze note:

Orientamento spazio/tempo: Adeguato Parziale Compromesso

Comunicazione: Verbale Alternativa/CAA Non verbale

Note:

Mobilità: Autonomo Con ausilio Carrozzina Assistito

Relazione/socialità: Buona Selettiva Difficoltosa Isolamento

Note: _____

Interessi/attività gradite:

Cosa lo/la tranquillizza e aiuta la comunicazione/relazione:

Cosa tende ad evitare o gli/le crea disagio:

6) ANAMNESI SANITARIA (quadro clinico)

Diagnosi principale: allegare verbale di invalidità attestante la condizione di disabilità del cittadino

Diagnosi secondarie/comorbidità:

Farmaci in corso (nome, dose, orari):

Allergia: No Sì (quali):

Intolleranze: No Sì (quali):

Dieta particolare: No Sì (specificare):

Ausili e presidi:

Carrozzina Deambulatore Tripode Sollevatore Comunicatore/CAA

Altro:

7) COMPORAMENTI PROBLEMATICI / RISCHI (osservati o riferiti)

- Nessuno rilevante / nella norma
- Agitazione psicomotoria / irrequietezza
- Urla / pianto / crisi comportamentali
- Oppositività / rifiuto (attività, cambi, richieste)
- Aggressività verbale
- Aggressività fisica verso altri
- Autolesionismo
- Distruttività (oggetti/ambienti)
- Comportamenti ripetitivi / stereotipie interferenti
- Disinibizione / comportamenti socialmente inadeguati
- Comportamenti sessualizzati non adeguati

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE **DI MERATE**

Mail: ufficiodipiano.ambitomerate@retesalute.net

Pec: ambitomerate@pec.it

- Fuga / allontanamento / wandering
 Isolamento marcato / chiusura relazionale
 Altro: _____

Frequenza: Raro Occasionale Frequente Quotidiano
Intensità: Lieve Moderata Elevata
Contesto prevalente: Casa Servizi Uscite Ovunque

Rischi specifici (sicurezza e salute):

- Cadute / instabilità posturale
 Rischio soffocamento / disfagia / broncoaspirazione
 Crisi epilettiche
 Rischio ingestione oggetti / pica
 Ustioni (fornelli, acqua calda)
 Tagli / ferite accidentali
 Rischio acqua (doccia/vasca/piscina)
 Allergie gravi / rischio anafilassi
 Crisi metaboliche (es. diabete: ipo/iper)
 Rischio errori terapia / rifiuto farmaci
 Rischio piaghe da decubito (se ridotta mobilità)
 Vulnerabilità a raggiri/abusi (alta suggestionabilità)
 Altro:
-
-

Firma del Cittadino o del caregiver _____

Si allega alla presente domanda:

- verbale di invalidità attestante la condizione di disabilità del cittadino
- Fotocopia carta identità del cittadino in condizione di disabilità
- Eventuale documentazione attestante la richiesta di pronto intervento in urgenza/emergenza (come richiamato dal punto 4 del presente avviso)

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL
REGOLAMENTO UE N. 2016/679 SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (PRIVACY)**

L'Azienda Speciale Retesalute, in qualità di Co-Titolare del trattamento, informa che il trattamento dei dati personali forniti con la presente istanza, o comunque acquisiti per tale scopo, è effettuato per l'esercizio delle funzioni connesse e strumentali alla gestione della presente richiesta ed è svolto nel rispetto dei principi di pertinenza e non eccedenza anche con l'utilizzo di procedure informatizzate, garantendo la riservatezza e la sicurezza dei dati stessi.

È fatta salva la possibilità di un ulteriore utilizzo dei dati per trattamenti successivi compatibili con le finalità della raccolta anche in forma aggregata per elaborazione di statistiche riguardanti il servizio.

Il conferimento dei dati personali è obbligatorio e il rifiuto di fornire gli stessi determinerà l'impossibilità di dar corso alla richiesta. Il trattamento sarà effettuato a cura delle persone fisiche autorizzate, preposte alle relative attività procedurali, e impegnate alla riservatezza. I dati saranno conservati per il periodo necessario all'espletamento del procedimento amministrativo e in ogni caso per il tempo previsto dalle disposizioni in materia di conservazione degli atti e documenti amministrativi. I dati non sono oggetto di diffusione o di comunicazione, fatti salvi i casi previsti da norme di legge o di regolamento. I dati raccolti potranno essere comunicati, anche con strumenti informatici, nel rispetto delle previsioni del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento UE 679/2016, ai soggetti erogatori dei servizi, oltre che al Comune di residenza, all'Ufficio di Piano, all'ATS Brianza, all'ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia. L'informativa integrale sul trattamento dei dati personali è disponibile sui siti istituzionali dei diversi Enti che partecipano all'erogazione dei servizi.

Agli interessati sono riconosciuti i diritti previsti dall'art. 15 e seguenti del Regolamento UE 2016/679, e in particolare: il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica o l'integrazione se incompleti o inesatti, la limitazione, la cancellazione, nonché di opporsi al loro trattamento, rivolgendo la richiesta all'Azienda Speciale Retesalute - in qualità di Titolare del trattamento – Piazza Vittorio Veneto 2/3 – 23807 Merate (LC), oppure al Responsabile per la protezione dei dati personali (Data Protection Officer - "DPO") dell'Azienda Speciale Retesalute - e-mail: dpo@studiobattiston.eu.

Al fine di poter reperire ulteriori approfondimenti relativi all'informativa privacy e garantire una piena trasparenza ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR 2016/679 si indicano di seguito i siti istituzionali degli enti coinvolti:

www.ambitomerate.it

www.retesalute.net

www.isadonguanellacassgao.org

www.monserenonolimitsonlus.it

Infine, informa che gli interessati, ricorrendo i presupposti, possono proporre un eventuale reclamo all'Autorità di Controllo Italiana - Garante per la protezione dei dati personali - Piazza Venezia n. 11 - 00187 Roma.

Data ___/___/___

Firma per il Consenso al trattamento _____