

## Centro di Cure per la non Autosufficienza Modulo di richiesta attivazione del servizio di Ricovero di Sollievo (SLA)

Data \_\_\_\_\_

Centro di riferimento SLA \_\_\_\_\_

### Dati anagrafici del paziente

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso F  M

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

ASL di appartenenza \_\_\_\_\_ distretto \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

In questo momento il paziente è:  
a domicilio  in ospedale  altro  specificare \_\_\_\_\_

### Dati Caregiver

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Relazione con il paziente (indicare se coniuge, figlio, familiare o altro): \_\_\_\_\_

### Dati Amministratore di Sostegno/Tutore/Procuratore

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

In qualità di: \_\_\_\_\_

Nr. Atto di nomina \_\_\_\_\_

Data atto \_\_\_\_\_

Tribunale di \_\_\_\_\_

### Dati clinici

Diagnosi \_\_\_\_\_ Data Diagnosi \_\_\_\_\_

Effettuata dal centro di riferimento \_\_\_\_\_

Tipo di esordio \_\_\_\_\_

spinale  bulbare  non valutabile

Stadio della malattia\* \_\_\_\_\_

\*Rif. Allegato 4\* - CONSULTA MINISTERIALE SULLE MALATTIE NEUROMUSCOLARI (D.M. 07.02.2009), Ministero della Salute.

## Assistenza territoriale attiva

- È attivo un servizio di Assistenza domiciliare? Sì  No
- L'assistenza è di tipo: sanitario  sociale
- Indicare l'ente erogatore dell'assistenza domiciliare: \_\_\_\_\_
- Quanti giorni a settimana? \_\_\_\_\_ quante ore al giorno? \_\_\_\_\_
- È presente un assistente familiare? Sì  No
- Se sì, per quante ore a settimana: \_\_\_\_\_
- Sono state redatte le DAT? Sì  No
- Se sì sono state depositate? Sì  No

## Aree di bisogno

### Respirazione

- Autonoma
- Insufficienza restrittiva lieve ( $70\% < CV < 80\%$ )
- Insufficienza restrittiva con indicazione alla NIV notturna ( $50\% < CV < 70\%$ )
- NIV con necessità ventilazione notturna e diurna (12-18h)
- Utilizzo macchina per la tosse
- Tracheostomia - se presente indicare la data dell'ultimo cambio cannula \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
- VMI con dipendenza totale dalla ventilazione meccanica (h24)
- Recenti episodi infettivi broncopolmonari (<60gg.)
- Possesso dei presidi e dei materiali per la ventilazione – oppure -  richiesta degli stessi già inoltrata alla ASL

### Motricità

- Autonoma
- Difficoltà motorie che non interferiscono con lo stile di vita
- Difficoltà motorie che interferiscono con lo stile di vita ma non compromettono l'autonomia
- Difficoltà che compromettono l'autonomia senza necessità di assistenza continuativa
- Disabilità severa, dipendenza totale con necessità di assistenza continuativa

Ausili a disposizione: \_\_\_\_\_

Ausili già richiesti: \_\_\_\_\_

### Nutrizione

- Alimentazione naturale
- Alimentazione che necessita di indicazioni nutrizionali
- Alimentazione che necessita di integrazione nutrizionale
- Alimentazione artificiale: nutrizione enterale  nutrizione artificiale parenterale
- Servizio NAD attivo: Sì  No
- PEG: Sì  No  data ultima sostituzione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
- Pompa nutrizionale in dotazione: Sì  No

### Comunicazione

- Linguaggio verbale conservato
  - Eloquio disartrico, ma comprensibile
  - Anartria con possibilità di usare comunicatori semplici
  - Anartria con possibilità di usare comunicatori ad alta tecnologia
  - Anartria senza possibilità di usare comunicatori
- Effettuata richiesta di comunicatore: Sì  No
- Comunicatore già a disposizione: Sì  No  Tipo: \_\_\_\_\_

**Terapia in atto:**

	Farmaco e tipologia di somministrazione	Posologia
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

Allergie:      Sì       No

Se si indicare quali \_\_\_\_\_

**Firma dell'inviante:**

**Firma del paziente o di chi autorizzato a farne le veci:**

Gentile Signore/Signora, **Fondazione Sanità e Ricerca** (a seguire Fondazione), in qualità di Titolare del trattamento dei dati, La fornisce la presente informativa è elaborata ai sensi dell'art. 13 del Regolamento generale UE sulla protezione dei dati personali 2016/679 (RGPD).

**Finalità, base giuridica, categoria dati:** i dati personali necessari alla gestione della Sua richiesta sono di natura anagrafica, sanitaria, clinica, socio-sanitaria, socio-economica, familiare, amministrativa, dati di contatto (assistito e caregiver/familiari) informazioni circa il tutore, rappresentante legale, curatore e ogni ulteriore informazione necessaria alla gestione della pratica. I Suoi dati personali saranno trattati per le seguenti finalità in funzione dei servizi richiesti:

- a) gestione dell'iter di richiesta di presa in carico presso la nostra struttura per assistenza sanitaria in regime di ricovero;
- b) prestazione di servizi socio sanitari per l'assistenza alle persone affette da SLA;
- c) ogni altra finalità amministrativa strettamente connessa e strumentale alla gestione della richiesta;

**Destinatari:** I dati personali sono trattati dal medico di medicina generale e/o dal medico curante, dalla ASL, dall'autorità di pubblica sicurezza nei casi di esplicita richiesta.

La Fondazione tiene un elenco aggiornato dei soggetti destinatari presso l'ufficio qualità e privacy. Possono accedere ai dati i soggetti interni e/o esterni alla struttura in qualità di persone autorizzate dal Titolare per i compiti loro attribuiti. Può rivolgersi alla scrivente per ottenere informazioni aggiornate sulla comunicazione dei dati.

**Modalità di trattamento:** i dati sono trattati a garanzia della riservatezza, nei modi previsti dalla legge di riferimento, secondo i principi di correttezza, liceità, trasparenza e nel rispetto del segreto professionale e d'ufficio. Il trattamento avviene in forma cartacea e informatizzata.

**Trasferimento paesi terzi:** I dati personali forniti e trattati, non sono oggetto di trasferimento verso paesi terzi, all'interno o all'esterno dell'Unione Europea.

**Tempi conservazione dati:** I dati sono trattati per il tempo necessario alla valutazione della richiesta di accesso e conservati nel rispetto della normativa di settore, del principio di proporzionalità e nei limiti necessari al raggiungimento delle finalità descritte. Qualora la valutazione abbia esito positivo, i dati saranno utilizzati per la gestione della pratica di ingresso, qualora abbia esito negativo, i dati saranno conservati per il tempo limitato alla gestione amministrativa, archiviazione e successivamente distrutti.

**Conseguenze rifiuto al conferimento dei dati:** è nostro dovere informarla che il conferimento è indispensabile per la valutazione e gestione della richiesta di presa in carico. Il rifiuto al conferimento dei dati, comporta l'impossibilità per la Fondazione di valutare e gestire la Sua richiesta. Le chiediamo, quindi, specifica consenso al trattamento.

**Diritti dell'interessato:** In ogni momento potrà esercitare i diritti di cui all'art. 15 e ss. del GDPR 2016/679. Potrà chiedere l'accesso ai dati, la rettifica, la cancellazione, la limitazione del trattamento; potrà opporsi al trattamento nei limiti normativi. Ha il diritto di revocare il Suo consenso in qualsiasi momento ed esercitare i Suoi diritti inviando la richiesta all'indirizzo e.mail [privacy@fondazionefsr.it](mailto:privacy@fondazionefsr.it). Ha diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo per la protezione dei dati personali.

**Titolare del Trattamento:** **Fondazione Sanità e Ricerca** con sede in Roma Via A. Poerio n. 100. Per contattare il titolare: Tel. 06588991 - [privacy@fondazionefsr.it](mailto:privacy@fondazionefsr.it).

**Responsabile della Protezione dei Dati Personali (RPD):** Maurizio Belli dell'Associazione Università del Lavoro. È possibile contattare il RPD rivolgendosi richiesta al Titolare del trattamento ai recapiti sopra indicati o scrivendo all'indirizzo e-mail: [dpo\\_fsr@unilavoro.org](mailto:dpo_fsr@unilavoro.org)

Roma, \_\_\_\_\_

**IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO - Fondazione Sanità e Ricerca**

Il paziente o un Suo familiare (delegato/autorizzato)     **acconsente**     **non acconsente**

al trattamento dei dati personali, anche di natura sensibile, come indicato nell'informativa e alla comunicazione alla ASL Roma 3 per l'attivazione dell'iter assistenziale.

Data, \_\_\_\_\_ **Firma del paziente o di chi autorizzato a farne le veci** \_\_\_\_\_