



Gentile Richiedente,

desidero innanzitutto ringraziarLa, a nome del Consiglio di Amministrazione che rappresento, per aver richiesto ospitalità nella nostra Casa di Riposo.

Mi permetto di ricordarLe che tutti documenti richiesti nella modulistica allegata, sono **indispensabili** per poter presentare correttamente la domanda di ammissione alla R.S.A. (Residenza Sanitaria Assistenziale). In dettaglio dovrà farci pervenire:

1. La Domanda di ingresso in R.S.A.; (modello allegato)
2. La Scheda di valutazione sociale (allegato "A");
3. La Scheda sanitaria (allegato "B");
4. **Il Certificato di residenza storico o autocertificazione (con indicato cioè da quale data si è iscritti presso le liste anagrafiche del Comune);**
5. Altra documentazione (vedi retro).

La informo che, ai sensi del GDPR (Regolamento generale sulla protezione dei dati) UE 2016/679, i dati acquisiti sono esclusivamente quelli necessari al perseguimento delle finalità istituzionali dell'Ente e richiesti dalle normative vigenti per l'erogazione dei servizi di assistenza. Il loro trattamento sarà improntato a liceità, correttezza e riservatezza, previa informazione dettagliata all'interessato e previa acquisizione del consenso scritto nei casi previsti dalla normativa.

Le allego, inoltre, la Carta dei Servizi della Struttura per permettere di renderLa partecipe dei servizi disponibili ed attivati, auspicando rispondano al meglio alle Sue aspettative. L'opuscolo è in continua evoluzione ed è uno strumento che Le permetterà di interagire con la Struttura, che apre le porte ad eventuali suggerimenti proposti, al fine di migliorare il servizio offerto.

L'obiettivo è certamente quello di arricchire la qualità della vita nella nostra Casa, anche grazie al Suo apporto ed aiuto.

Ringraziandola per l'attenzione, rimango a Sua disposizione, unitamente al Personale della Struttura, per qualsiasi necessità.

Distinti Saluti.

 IL PRESIDENTE  
Prof. Michele Iagulli



+39 0345 82434

+39 0345 82268



info@donpalla.org



www.donpalla.org



Via Monte Sole, 2

24014 – Piazza Brembana (BG)



## DOCUMENTI DA PRESENTARE

### UNITAMENTE ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE

	SI	NO
• Copia della Carta d'Identità valida e non scaduta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Copia della tessera sanitaria CRS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Copia dell'Invalidità Civile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Copia delle esenzioni per patologia o reddito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Copia del verbale attestante l'invalidità (se invalido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Copia del Codice Fiscale del parente firmatario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Copia Carta d'Identità del parente firmatario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Certificato di residenza storico o autocertificazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si ricorda che **TUTTI** i documenti sopra indicati sono indispensabili per l'ammissione in graduatoria della domanda di accoglienza.





**DOMANDA DI INGRESSO IN R.S.A.**

**Dati dell'interessato:**

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

Sesso F  M  Stato civile ..... Data di nascita .....

Luogo di nascita .....

Residenza in via .....n. .... Comune .....

Prov. .... C.A.P. .... Recapito telefonico .....

Domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) .....

Carta Regionale dei Servizi – Codice Assistito (*allegare copia*) .....

Carta d'identità (*allegare copia*) .....Codice fiscale .....

Percentuale di invalidità ..... Indennità di accompagnamento Sì  No

**CHIEDE DI ESSERE INSERITO IN R.S.A. (casa di riposo)**

In modo temporaneo  In modo definitivo

**Dati del 1° familiare di riferimento per la presentazione della domanda:**

Rapporto di parentela .....

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

Data di nascita ..... Luogo di nascita .....

Residenza in via .....n. .... Comune .....

Prov. .... C.A.P. .... Recapito telefonico .....

**Dati del 2° familiare di riferimento per la presentazione della domanda:**

Rapporto di parentela .....

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

Data di nascita ..... Luogo di nascita .....

Residenza in via .....n. .... Comune .....

Prov. .... C.A.P. .... Recapito telefonico .....

L'interessato è informato della presentazione della domanda di ingresso in RSA?

Sì No

Se no, perché .....

L'interessato ha partecipato alla scelta di ricovero?

Sì No

Ha avuto precedenti ricoveri in altre RSA?

Sì No

Se sì, indicare dove e il periodo .....

Motivi dell'eventuale dimissione da altra RSA .....

Indicare il nome e il recapito telefonico del Medico di Assistenza Primaria

.....

**Sono parte integrante della presente domanda:**

1. la scheda sociale (All. A)
2. la scheda sanitaria (All. B)
3. la promessa di pagamento (All. C)
4. eventuale verbale di riconoscimento dell'invalidità civile.

- Ai sensi del D.P.R. nr.445/00 le dichiarazioni mendaci contenute nella presente saranno perseguibili in base alla normativa vigente.

Addì,.....

Firma dell'interessato

\_\_\_\_\_

**N.B.:** per i casi in cui l'interessato non sia in grado di sottoscrivere la presente domanda di ammissione (ai sensi del GDPE UE2016/679) si richiede al compilatore di integrare di seguito:

Cognome e nome del compilatore della domanda .....

Firma

\_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi degli art. 13 e 14 del G.D.P.R. UE 2016/679**

I dati da lei forniti, anche di natura sensibile, saranno trattati, sia a livello cartaceo che informatico, al solo fine di gestire la lista d'attesa per l'ingresso come ospite nella Rsa, il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto comporta la mancata possibilità di inserimento in lista d'attesa. I dati potranno essere comunicati a terze parti solo per le finalità indicate in precedenza e comunque secondo quanto previsto dai limiti di legge. Il titolare del trattamento è la "Fondazione....." e il nome del responsabile è reperibile presso la segreteria. In ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi del G.D.P.R. UE 2016/679.

Autorizzo al trattamento dei dati personali e sensibili secondo quanto sopra descritto.

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

Firma

\_\_\_\_\_



**Fondazione  
Don Stefano Palla  
Onlus**

Sistema Socio Sanitario



**Regione  
Lombardia**

**ATS Bergamo**

**CONFERENZA DEI SINDACI  
CONSIGLIO DI RAPPRESENTANZA DEI SINDACI  
ASSEMBLEE DEI SINDACI DEI DISTRETTI  
SOCIO SANITARI-AMBITI TERRITORIALI**

**SCHEDA VALUTAZIONE SOCIALE  
(allegato alla domanda di ingresso in R.S.A.)**

**COGNOME**..... **NOME** .....

**Scheda compilata da**

sig./ra ..... in qualità di (rapporto Familiare o Giuridico) .....

Ass.te Sociale (Cognome e nome) ..... del territori di .....

**USUFRUISCE ATTUALMENTE DI ALTRI SERVIZI**

ADI

RSA Aperta

SAD

CDI

Assistente familiare

Altro (specificare) .....

**INFORMAZIONI SOCIO/ASSISTENZIALI**

*attualmente la persona vive:*

solo

in altra struttura

Altro (specificare) .....

**L'INTERESSATO BENEFICIA DELLA NOMINA DI**

Tutore

Curatore

Amministratore di Sostegno

Ha in corso la pratica per la nomina di .....

**PARENTI REFERENTI PER EVENTUALI CONTATTI**

<b>NOME COGNOME</b>	<b>GRADO DI PARENTELA</b>	<b>INDIRIZZO</b>	<b>RECAPITO TEL.</b>	<b>RECAPITO E-MAIL</b>

L'interessato è informato della presentazione della domanda di ingresso in RSA?

Sì

No, perché .....

L'interessato ha partecipato alla scelta di ricovero?

Sì

No

Ha avuto precedenti ricoveri in altre RSA?

Sì

No

Se Sì, indicare dove e il periodo .....

Motivi dell'eventuale dimissione in altre RSA .....

Indicare Cognome, Nome e recapito telefonico del Medico di Medicina Generale

.....

**PROTESI E AUSILI IN USO**

- |   |                                    |                               |
|---|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> deambulatore                       | <input type="checkbox"/> personale | <input type="checkbox"/> ASST |
| <input type="checkbox"/> materassino e cuscino antidecubito | <input type="checkbox"/> personale | <input type="checkbox"/> ASST |
| <input type="checkbox"/> letto ortopedico                   | <input type="checkbox"/> personale | <input type="checkbox"/> ASST |
| <input type="checkbox"/> presidio per incontinenza          | <input type="checkbox"/> personale | <input type="checkbox"/> ASST |
| <input type="checkbox"/> altro .....                        |                                    |                               |

**COLLOCAZIONE ABITAZIONE**

- zona isolata (abitazione sita in luogo isolato, senza servizi, bus, negozi, etc.)
- zona decentrata (abitazione sita in luogo fuori dal centro abitato ma con servizi, bus, negozi essenziali)
- centro abitato

**ADEGUATEZZA ABITAZIONE****BARRIERE ARCHITETTONICHE:**

- nessuna
- solo esterne
- solo interne
- esterne ed interne

**BAGNO**

- interno
- esterno
- supporti antiscivolo
- Sì     No

**RISCALDAMENTO:**

- in tutti i locali
- solo in alcuni locali
- tipologia di impianto
- .....

**MOTIVO DEL RICOVERO**

- stato di salute
- solitudine
- problemi familiari
- problemi abitativi

**I familiari di riferimento, dopo il ricovero, sono disponibili a collaborare in eventuali progetti di rientro in famiglia, anche giornalieri? (es: fine settimana)**

- Sì
- No

**AUTOCERTIFICAZIONE NUCLEO ORIGINARIO**

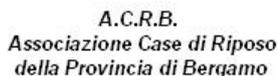
NOME COGNOME	GRADO DI PARENTELA	LUOGO E DATA DI NASCITA	RESIDENZA ATTUALE	RECAPITO TELEFONICO

**I sottoscritto.....in qualità di.....dichiara che il/la sig.r/ra ..... non è nelle condizioni psicofisiche per poter sottoscrivere quanto sopra, ed autocertifica in sua vece.**

**Data, .....**

**FIRMA**

\_\_\_\_\_



**SCHEDA SANITARIA (compilazione a cura del Medico di Medicina Generale o di Unità Operativa)**

**NOME E COGNOME DELL'INTERESSATO** \_\_\_\_\_

*Patologie attive*


*Anamnesi patologica remota*


*Terapia – principio attivo*

*Posologia*

*Durata*


Allergie / intolleranze \_\_\_\_\_

E' esente da malattie infettive in atto e può vivere in Comunità? :  NO  SI

Indicare le fragilità, criticità, motivazioni cliniche che rendono necessario l'ingresso in R.S.A.

\_\_\_\_\_

**SITUAZIONE CLINICA ATTUALE**

	Assente	Lieve	Moderata	Grave	Molto grave
Patologia cardiaca (solo cuore)					
Iperensione arteriosa ( si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)					
Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)					
Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)					
Patologie O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)					
Patologie dell'apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)					
Patologie dell'apparato G.I. inferiore (intestino. ernie)					
Patologie epatiche (solo fegato)					
Patologie renali (solo rene)					
"Patologie genito - urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)"					
"Patologie del sistema muscolo-scheletrico, cute (muscoli, scheletro, tegumenti)"					
Patologie del SNC e SNP (esclusa la demenza)					
Patologie endocrine, metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici)					
Patologie psichiatrico-comportamentali demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi					

**MOBILITÀ, IGIENE, ALIMENTAZIONE (barrare tutte le voci di interesse)**

***Trasferimento letto sedia***

- 1 Necessarie due persone per il trasferimento del paziente, con o senza ausilio meccanico
- 2 Il paziente collabora ma è necessaria comunque la collaborazione di una persona

- 3 Per una o più fasi del trasferimento è necessaria la collaborazione di una persona
- 4 Occorre una persona per garantire la sicurezza e/o infondere fiducia
- 5 Il paziente è in grado di muoversi senza pericoli ed è autonomo durante il trasferimento

**Deambulazione**

- 1 Dipendenza rispetto alla locomozione
- 2 Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
- 3 Necessario aiuto da parte di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
- 4 Paziente autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione per ridurre i rischi e infondergli fiducia, non riesce a percorrere 50 mt. senza bisogno di aiuto
- 5 Paziente autonomo nella deambulazione, deve essere in grado di indossare corsetti e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego. Deve poter adoperare stampelle, bastoni, ecc. e percorrere 50 mt. senza aiuto o supervisione.

**Locomozione su sedia a rotelle**

- 1 Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione
- 2 Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano
- 3 Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
- 4 Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessaria assistenza per i tratti difficoltosi
- 5 Autonomo: deve essere in grado di girare intorno agli spigoli, su sé stesso, di accostarsi al tavolo, ecc. e deve

**COGNITIVITÀ (barrare tutte le voci di interesse)****Confusione (stato mentale)**

- 1 Paziente completamente confuso - comunicazione e attività cognitive compromesse, personalità destrutturata
- 2 E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
- 3 Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
- 4 E' perfettamente lucido

**Irritabilità**

- 1 Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- 2 Uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare.
- 3 Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete
- 4 Non mostra segni di irritabilità ed è calmo

Ricoveri ospedalieri recenti:  NO  SI \_\_\_\_\_

Se seguito dal Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze - CDCD (ex U.V.A.) indicare in quale ambulatorio e medico di riferimento \_\_\_\_\_

**Lesioni da decubito**

assenti  iniziali  gravi  multiple  
Sede (specificare \_\_\_\_\_)

**Reattività emotiva**

- Collaborante  
 E' estraniato dal mondo circostante  
 Depressione  
 Stato ansioso  
 Agitazione con spunti aggressivi

**Incontinenza**

Urinaria	Fecale
<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> assente
<input type="checkbox"/> occasionale	<input type="checkbox"/> occasionale
<input type="checkbox"/> abituale	<input type="checkbox"/> abituale
<input type="checkbox"/> catetere a permanenza	

essere in grado di percorrere almeno 50 metri.

**Igiene personale**

- 1 Paziente non in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti i punti di vista
- 2 E' necessario assisterlo in tutte le circostanze della igiene personale
- 3 E' necessario assisterlo in una o più circostanze della igiene personale
- 4 E' in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo la operazione da eseguire
- 5 Totale indipendenza

**Alimentazione**

- 1 Paziente totalmente dipendente, va imboccato
- 2 Riesce a manipolare qualche posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
- 3 Riesce ad alimentarsi sotto supervisione - l'assistenza è limitata ai gesti più complicati,
- 4 Paziente indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni... la presenza di un'altra persona non è indispensabile
- 5 Totale indipendenza nel mangiare.

**Irrequietezza (stato comportamentale)**

- 1 Cammina avanti e indietro incessantemente ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo
- 2 Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione, toccando in continuazione vari oggetti.
- 3 Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione, ha difficoltà nel mantenere fermi piedi e mani e tocca continuamente vari oggetti.
- 4 Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

**Disturbi del comportamento in fase attiva**

- Deliri  
 Aggressività  
 Allucinazioni  
 Tentativi di fuga  
 Irrequietezza motoria (wandering, affaccendamento, ...)  
 Depressione  
 Disinibizione

Peso kg: \_\_\_\_\_ Altezza cm \_\_\_\_\_

- Disfagia:  NO  SI  
- Nutrizione artificiale:  PEG  SNG  NPT  
- Respirazione:  normale  ossigeno (n° \_\_\_\_\_ h/die)  
 Tracheostomia  Ventilazione artificiale  
- Dialisi:  NO  SI  
- Abusa di sostanze alcoliche?  NO  SI  In passato  
- Ha mai avuto ricoveri in reparti psichiatrici?  NO  SI  
- Richiede trattamento riabilitativo?  NO  SI  
specificare: \_\_\_\_\_

Data,

Timbro e Firma del Medico di Medicina Generale o di Unità Operativa